

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931-1932

N°

THÈSE 72

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice TACQUET

né le 22 janvier 1902, à Abbeville (Somme)

ANCIEN INTERNE PR. DES HOPITAUX DE PARIS

INTERNE DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Myomectomies

dans le

traitement des fibromes utérins

Président : M. LE PROFESSEUR JEAN LOUIS FAURE

IMPRIMERIE « LABOR »

8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS-XV^e

— 1932 —

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931-1932

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice TACQUET

né le 22 janvier 1902, à Abbeville (Somme)

ANCIEN INTERNE PR. DES HOPITAUX DE PARIS

INTERNE DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Myomectomies

dans le

traitement des fibromes utérins

Président : M. LE PROFESSEUR JEAN LOUIS FAURE

IMPRIMERIE « LABOR »

8, BOULEVARD DE VAUGIRARD, PARIS-XV*

— 1932 —

I. — PROFESSEURS

LE^{re} DOYEN : M. BALTHAZARD

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL - LAVAS- TINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BESANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.

II. — AGREGES EN EXERCICE

Neurologie et Psychiatrie	MM. ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	Henri BENARD.
Physiologie	CHAILLEY-BERT
Chimie biologique	SANNIE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULE.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	de GAUDART d'AL- LAINES.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.



Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.	JOANNON.
Chimie biologique	Henri LABBE.
Pathologie médicale	Guy LAROCHE.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUR.
Neuro-psychiâtrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.	OLIVIER.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique.	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUENU.
Physiologie.	RICHEL.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SEZARY.
	VALLERY-RADOT
Pathologie médicale.....	(Pasteur).
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

	MM.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTETERER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE, A TITRE PERMANENT

MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale
CHIRAY	
DEBRE	
DUVOIR	
LERI	
LÉVY-SOLAL	} Clinique obstétrico- cale
METZGER	
LE LORIER	
AUVRAY	} Clinique chirurgi- cale
BASSET	
CHEVASSU	
HEITZ-BOYER	
MATHIEU	
MOCQUOT	
PROUST	
SCHWARTZ	

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes....	MAUCLAIRE, Professeur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLET - BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

le Docteur E. TACQUET

*dont la noble carrière est un exemple
constant de haute conscience et de di-
gnité professionnelles.*

Il fut mon Premier Maître.

*Qu'il trouve ici un faible témoignage
de ma touchante affection et de ma vive
gratitude.*

A MA MERE

En hommage affectueux.

A MA FEMME

Collaboratrice dévouée.

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE

M. le Docteur ANDRÉ LEURET
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a inspiré ce travail et initié à la chirurgie. Homme de cœur et chirurgien de grande classe, sa bienveillante sollicitude, à mon égard, ne s'est jamais démentie, non plus que sa maîtrise chirurgicale que j'admire sans réserve, en la jalousant un peu, comme tous ceux qui l'approchent.

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon fidèle attachement.

A M. le Professeur JEAN-LOUIS FAURE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique gynécologique
à la Faculté

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Hommages respectueux.

A. M. le Docteur PIERRE AMEUILLE

Médecin de l'Hôpital Cochin

Chevalier de la Légion d'Honneur

*En souvenir de l'année d'internat que
j'ai faite dans son service.*

*En toutes circonstances, il m'a témoi-
gné un amical intérêt. Je lui en exprime,
ici, ma très sincère reconnaissance.*

A MES DIFFERENTS MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur LEMIERRE.
M. le Professeur agrégé Guy LAROCHE.
M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE.
M. le Docteur COYON (*in memoriam*).
M. de Docteur HUDELO.
M. le Professeur agrégé Charles RICHET.

AUX CHIRURGIENS
DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

M. le Docteur Charles VILLANDRE

*Qui m'a inculqué les bases de toute
bonne chirurgie. Témoignage reconnaissant.*

M. le Docteur BARBET.
M. le Docteur HUC.
M. le Docteur LAURENCE.
M. le Docteur LANOS.
M. le Docteur PAPIN.
M. le Docteur de BERNE-LAGARDE.

et le Docteur THEILLIER

Chevalier de la Légion d'Honneur
En bonne amitié.

DU MEME AUTEUR :

- I. *Influence de l'insuline sur le quotient respiratoire des diabétiques* (en collaboration avec MM. GUY-LAROCHE et DAUP-TAIN), *Société de Biologie*, 15 décembre 1923 et 12 janvier 1924.
 - II. *Influence de l'insuline sur le quotient et les échanges respiratoires des sujets non diabétiques* (en collaboration avec M. GUY-LAROCHE), *Société de Biologie*, 24 mai 1924.
 - III. *Tumeur pleuro-pulmonaire radio-sensible simulant l'épanchement pleural* (en collaboration avec M. AMEUILLE), *Société Médicale des Hôpitaux*, 22 juillet 1927.
 - IV. *Pneumothorax artificiel chez l'enfant et chez l'adulte* (en collaboration avec M. AMEUILLE et Mlle BLANCHY), *Société Médicale des Hôpitaux*, 9 décembre 1927.
 - V. *Technique des injections trachéales de lipiodol* (*Revue de la Tuberculose*, février 1928).
 - VI. *Phrénicectomie et thoracoplastie en trois temps chez les tuberculeux pulmonaires (avec deux figures)* (en collaboration avec M. VILLANDRE), *Paris Chirurgical*, janvier 1930.
-

INTRODUCTION

Enucler d'un utérus, sans le sacrifier, un ou plusieurs noyaux fibromateux constitue l'intervention idéale non mutilante qui devrait avoir fait la conquête des chirurgiens.

Mais, s'il est des détracteurs irréductibles de la myomectomie, il est des partisans acharnés qui, pas plus que les premiers, ne font à cette opération une réputation de bon aloi.

Tentée au milieu du siècle dernier, reprise et mise au point cinquante ans plus tard, elle est loin, actuellement, d'avoir trouvé faveur auprès de tous. On la juge peu satisfaisante au point de vue résultat, voire même dangereuse quelquefois dans ses suites immédiates ; on veut ignorer ses avantages pourtant incontestables ou bien on les considère comme trop chèrement acquis et, à la vérité, la plupart des chirurgiens préfèrent à la myomectomie d'indication plus précise, de technique un peu spéciale, l'hystérectomie abdominale subtotale, ou même totale, bien réglée dans ses moindres détails et à laquelle tout opérateur est rompu.

Nous avons l'intention de montrer ici, en apportant 136 observations de myomectomies vaginales et aussi abdominales, que, s'il existe des indications à la myomectomie, elles rentrent dans un cadre déterminé. L'âge de la malade, la classe sociale à laquelle elle appartient,

la tumeur proprement dite sont autant de facteurs aussi importants.

Nous montrerons les différentes manières de faire que nous avons vu employées, que nous avons pratiquées nous-mêmes et nous nous efforcerons d'en dégager une ligne de conduite, la plus prudente, à notre sens, et susceptible de s'appliquer à la plupart des myomectomies.

Nous envisagerons successivement la façon de procéder dans les opérations par voie vaginale, puis par voie abdominale, en reconnaissant à chaque procédé ses indications particulières.

Les suites de nos interventions seront soigneusement étudiées, elles prouveront que la myomectomie n'est pas une opération plus dangereuse dans ses suites immédiates que l'hystérectomie subtotale.

Et si le but effectif de la myomectomie, qui est de conserver à la femme la possibilité de gestation, n'est pas toujours atteint, c'est en tous cas une intervention qui la met à l'abri des troubles graves de la ménopause chirurgicale précoce.

Nous rappellerons enfin qu'il faut reconnaître à cette intervention son imperfection : elle expose aux récidives ; nous insisterons sur leur rareté.

En résumé, la myomectomie nous paraît en pratique une opération facile, non dangereuse, à mettre en œuvre sans arrière-pensée et en toute conscience toutes les fois qu'elle paraîtra possible.

Et, à ce propos, nous nous empressons de dire que les myomectomies rapportées dans ce travail n'ont pas fait l'objet, sciemment, d'indications bien précises. Il s'agit de myomectomies non sélectionnées ; c'est là d'ail-

leurs toute l'importance que nous attachons à nos observations.

La majorité des opérateurs, en effet, confondent dans leurs statistiques l'extirpation des fibrômes pédiculés avec les énucléations intra-utérines dont les difficultés et les risques opératoires sont différents.

Nous signalerons enfin que si notre bibliographie paraît incomplète, c'est que nous avons considéré comme stérile tout travail esclave de travaux antérieurs.

Nous rapportons ici nos impressions, nos idées, qui sont celles de notre Maître, le Docteur LEURET, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph. C'est dans son service que nous avons puisé nos observations.

PREMIERE PARTIE

HISTORIQUE

INDICATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

HISTORIQUE

A l'histoire de la myomectomie, se rattache l'histoire du traitement des fibromes en général. Née avec la chirurgie, elle a évolué avec elle, tantôt prônée, tantôt condamnée.

A son origine, la chirurgie des fibromes est conservatrice, non pas parce que timide et incertaine, mais parce qu'il ne paraît pas naturel, au premier abord, d'extirper en même temps que la tumeur l'organe tout entier qui la porte. Et la méthode conservatrice de l'utérus et de ses annexes dans le traitement des fibromes par voie abdominale est considérée comme un acte d'audace tentée sans succès par les uns, avec bonheur par les autres; c'est ainsi que, pendant une période de 30 ans, jusqu'en 1863, les annales médicales comptent quelques cas sporadiques de myomectomies : SPENCER WELLS pratiquait sa première myomectomie le 12 janvier 1863.

A cette époque, qui s'étend en somme de 1837 à 1864, parallèlement aux opérations abdominales, les opérations conservatrices par voie vaginale se font une place décisive et mieux déterminée. Il était facile et satisfaisant d'extirper un polype encadré par le col. Encouragé par les opérations par voie vaginale, AMUSSAT, en 1840, pratiquait l'énucléation vaginale d'un fibrome intersticiel; LISFRANC, BOYER, MAISONNEUVE, le suivent dans cette voie; en Amérique, ATLEE, BAKER BROWN et d'autres l'imitent. Mais, à cause des désastres dus à l'in-

fection qui régnait alors, cette séduisante opération est combattue violemment par GUYON, de 1850 à 1860.

La chirurgie conservatrice des fibromes, tant abdominale que vaginale, subit une éclipse presque complète pendant de nombreuses années. C'est que la chirurgie mutilante s'installe avec KOEBERLE en 1864, PEAN en 1869. En 1875, POZZI y consacre une thèse d'agrégation, discutant la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des corps fibreux.

Puis, les divers procédés d'hystérectomies abdominales ravissent tout le monde. Chacun s'en occupe, qu'il s'agisse d'hystérectomies abdominales totales ou subtotales (DOYEN 1894. DELAGENIÈRE 1894. FAURE 1896) et c'est ainsi que naissent les divers procédés parfaitement mis au point et employés de nos jours.

Mais en France, à cette époque, la méthode conservatrice dans le traitement des fibromes est à peu près oubliée.

Aux réunions des sociétés de chirurgie, d'obstétrique, aux différents congrès de chirurgie, jusqu'en 1896, le radicalisme le plus absolu se concentre sur l'hystérectomie abdominale. Le mémoire de CHEVRIER inspiré par DOLERIS n'eut pas grand écho quand il parut en 1891. Cependant, quelques cas isolés d'énucléation abdominale dus à Pozzi, publiés par POTHERAT, plaidés par PEAN, font sortir de l'oubli la méthode conservatrice.

Pendant cette période d'engouement, en France pour l'hystérectomie, la myomectomie trouve à l'étranger d'ardents défenseurs et des partisans convaincus.

En Allemagne, MARTIN s'y consacre activement et fait école.

En Amérique, KELLY s'en fait le défenseur enthousiaste.

En France, ce n'est qu'en 1896 que les publications et les brillants résultats publiés par TÉMOIN, de Bourges, font sortir la méthode conservatrice de sa période de latence. MONTPROFIT, RICARD, TUFFIER, LEGUEU, DULPLAY, BLANC, PAUCHET, etc., apportent en sa faveur de nombreuses observations.

Toutefois, dans cette même période, l'hystérectomie abdominale atteint son apogée. Aussi, les tentatives faites pour remettre en honneur les myomectomies vaginales restent-elles lettre-morte. Il convient cependant de citer quelques publications isolées d'EMMET, 1874; de PEAN, 1883; de LEJARS, 1898; de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, BOUILLY, POZZI, TERRIER, 1898.

L'intervention n'intéresse plus personne; toute l'attention se porte sur l'hystérectomie abdominale ou vaginale.

Les méthodes atrophiantes, au moyen de ligatures vasculaires, défendues par SEGOND qui veut établir un blocus systématique destiné à réduire les fibromes par la famine, les intéressants travaux anatomiques, en 1897, d'HARTMANN et de FREDET, n'obtinrent de la part de la majorité chirurgicale qu'un accueil réservé.

Mais un courant de chirurgie conservatrice, côtoyant le grand courant de chirurgie mutilatrice pour fibromes avait fait son lit.

Et en 1900, au XIII^e Congrès de Chirurgie, tenu à Paris, la chirurgie conservatrice est devenue la grande question du jour, DIMITRID OTT, de Saint-Petersbourg, fait une communication sur les résultats de l'interven-

tion chirurgicale dans les cas de fibro-myomes rétro-péritonéaux et de l'importance de la méthode vaginale avec myomectomie conservatrice.

En 1901, paraît la thèse de DARTIGUES, qui reste pendant longtemps un véritable monument. C'est le travail le plus important qui paraît à cette époque sur la question. Il semble alors que la partie soit gagnée.

En France, comme à l'étranger, la myomectomie n'a plus de détracteurs farouches, partout l'intervention conservatrice intéresse et tente la plupart des chirurgiens.

EMERSON, en 1903, écrit un article des plus intéressants sur les résultats éloignés de l'intervention. TURFIER, la même année, publie plusieurs cas de myomectomies abdominales et revient, l'année suivante, dans une belle monographie, sur l'énucléation des fibromes utérins.

MONTPROFIT, POZZI, continuent à s'intéresser à la chirurgie conservatrice.

En 1909, MAYO W., de Rochester, publie sa statistique sur 1.244 opérées pour fibromes pratiqués de 1901 à 1909.

Il faut noter encore l'article d'un parfait éclectisme de BORDET et de MASSON sur : « Myomectomies, hystérectomies et radiothérapie dans les fibromes utérins et leur valeur réciproque. »

A la Société de Chirurgie, en février 1910, FRANZ, de Kiel, rapporte une belle statistique sur le traitement chirurgical des myomes utérins.

Mais, en France, la majorité des chirurgiens et gyné-

cologues semble rester sur la réserve en ce qui concerne la myomectomie.

En 1913, GOULLIUD, par la voix de ses élèves, se déclare partisan convaincu de la myomectomie et l'Ecole Lyonnaise ne cesse de s'y intéresser : publications répétées, thèses bien étudiées paraissent successivement sur la question.

Toutefois, la myomectomie reste l'opération de quelques-uns, et au XXXIII^e Congrès de Chirurgie, en 1924, à propos des indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins, TIXIER se déclare nettement partisan de l'hystérectomie totale, tandis que J. L. FAURE et LABBÉ lui préfèrent l'hystérectomie subtotale. GOULLIUD et TÉMOIN se lèvent pour défendre la myomectomie.

En 1928, à Paris, la question de la myomectomie semble reprendre figure d'actualité. C'est ainsi que l'on note, à la Société de Chirurgie, les discussions de LABBÉ, J. L. FAURE, BAZY, TUFFIER, MOCQUOT, puis celles de CHIFOLIAU et de DUJARIER.

Le Congrès de Gynécologie et Obstétrique de Langue Française, tenu à Bruxelles, en octobre 1929, s'y intéresse.

Et alors qu'à l'étranger la myomectomie semble classée, elle reste en France l'intervention en suspens dont on entend chanter les plus belles louanges, comme on l'entend accuser des pires méfaits.

Quant aux opérations sur utérus gravide, on est loin de l'époque où l'on criait au sacrilège quand on touchait un utérus en gestation et la plupart des publications et monographies parues, pendant ces vingt dernières an-

nées, montrent que l'énucléation des fibromes sur un utérus gravide est considérée par tous comme l'opération qui s'impose ; surtout lorsqu'on opère à l'occasion d'une complication de la grossesse due au fibrome.

DELAGENIÈRE, au Congrès de Nantes, en 1901, étudie la question. COUVELAIRE, en 1910, dans les Annales de Gynécologie et d'Obstétrique publie une monographie intéressante. On relève, dans le Journal des Praticiens de 1912, un travail de BAR ; nous notons successivement les publications d'HARTMANN, de COTTE de Lyon, en 1922. de LE LORIER, de BROOK BLAND de Philadelphie, en 1925, de MOURE, de DEVRAIGNE, de BRINDEAU.

La myomectomie, au cours de la grossesse, semble, à l'heure actuelle, l'intervention non discutée.

Et l'on conçoit mal pourquoi tant de réticences, pourquoi tant de discussions plus ou moins byzantines, quand il s'agit d'énucléer un myome d'un utérus non gravide.

INDICATIONS D'ORDRE GENERAL

Sauf contre-indication médicale, tout fibrome utérin doit être opéré, c'est là maintenant une vérité incontestable, mais tout fibrome n'est pas justiciable de myomectomie.

Il est pourtant des raisons non discutables qui militent en faveur des opérations conservatrices, quelques contre-indications, que nous allons étudier, s'y opposent cependant.

Des raisons d'ordre anatomo-pathologique et d'ordre physiologique et social plaident éloquemment la cause de la myomectomie.

La Physiologie utérine post-opératoire fut l'objet, tant à Paris qu'à Lyon, d'études complètes et intéressantes dont nous rapportons les principes. Quand on a énucléé un fibrome assez volumineux au moyen de la myomectomie, le volume de l'utérus diminue immédiatement et considérablement jusqu'au moment où il aura atteint à peu près le volume qu'il doit posséder normalement. La réparation de l'utérus s'effectue tant et si bien qu'on ne trouve, d'après TUFFIER, plus trace de l'opération quelques mois après, et tout permet d'espérer le fonctionnement normal d'un organe aussi peu altéré.

Quant au tissu utérin proprement dit, son hypertrophie est absolument variable; le plus souvent, il a conservé sa coloration et sa consistance normales, il n'est

que plus épais et légèrement condensé autour du fibrome. L'énucléation fait rétrocéder cette hypertrophie et un utérus qui présente, après l'opération, le volume de deux poings, peut se trouver, quelques mois plus tard, diminué de moitié ou presque normal. En outre, la myomectomie semble diminuer l'état d'erethisme vasculaire de l'utérus et mettre fin au processus congestif dont cet organe est le siège.

La suppression des gros noyaux fibromateux, à elle seule, serait en même temps une suppression des phénomènes initiatifs qu'ils entretiennent dans leur voisinage. Il y aurait même lieu d'espérer ainsi, après myomectomie, voir s'atrophier les petits fibromes minuscules. L'utérus myomectomisé subirait une involution analogue à l'involution puerpérale : l'involution est parfaite et les hémorragies disparaissent ; l'involution, dans certains cas, est imparfaite ou elle dépasse son but et c'est la super-involution.

Aux raisons précédentes, il faut en ajouter d'autres d'ordre physiologique et social, non moins importantes.

En effet, plaident encore en faveur de l'opération conservatrice :

- la conservation pour la femme d'un métabolisme parfaitement équilibré.
- le bon équilibre également de sa statique viscérale pelvienne.
- la possibilité, enfin, d'avoir des enfants.

Nous ne saurions vraiment trop insister sur le danger de la castration précoce résultant d'une opération radicale et mutilante. La castration précoce, avec ses conséquences inhérentes à la ménopause rapide : bouffées de

chaleur, hypertension artérielle, troubles mentaux, handicap incontestablement, dans la lutte pour la vie, toute jeune femme qui y est exposée.

La myomectomie n'a pas tant pour but de conserver un organe que de sauvegarder la fonction de cet organe. La continuation de la menstruation n'est pas un facteur négligeable, ne serait-ce qu'au point de vue moral. Et puis, les résultats de la castration sont variables : certaines femmes ont une frigidité absolue, d'autres, dont la fonction sexuelle était troublée par des hémorragies qui les importunaient sans cesse, ont recouvré un état absolument normal.

En tout cas, le déséquilibre humoral est à la base des troubles graves, et, comme l'a fait remarquer MERIEL, au Congrès des Gynécologues tenu à Bruxelles en 1929, « cette intoxication se fait le plus souvent sous le mode « anaphylactique par suite d'une véritable instabilité de « l'équilibre humoral que l'on peut constater par les « variations du pH sanguin ou urinaire, les variations « de la réserve alcaline du sang et du pouvoir complé- « mentaire du sérum ».

TUFFIER n'a pu éviter ces troubles par la conservation seule de l'ovaire ou en pratiquant une greffe ovarienne. Mais si l'on conserve, au contraire, comme l'a préconisé LECÈNE, une certaine quantité de muqueuse utérine et un fragment d'ovaire, les accidents ne surviennent pas.

Les adeptes de l'hystérectomie fundique sont légion, mais ceux de la myomectomie sont encore à se compter.

Pour éviter ces troubles, tant physiologiques qu'anatomiques, pour conserver à nos opérées la possibilité d'être mères, nous conseillons, après bien d'autres, de

pratiquer, sur les fibromes utérins, une myomectomie, chaque fois qu'elle sera possible : à condition qu'il s'agisse de femmes encore jeunes, âgées de moins de 40 ans et qui désirent avoir des enfants.

Nous insistons sur la question âge, elle nous semble importante; et nous insistons également sur le milieu social de l'opérée. Celui-ci n'est pas non plus sans importance.

Avec la majorité des chirurgiens, nous croyons que la limite de 40 ans paraît des plus judicieusement choisie, à titre indicatif, non pas tant pour une question de maternité future que pour des raisons d'équilibre humoral. Après 40 ans, on ne peut plus guère parler de ménopause précoce; et, contrairement à certains auteurs, nous estimons que les célibataires sont aussi justiciables de la myomectomie que les femmes mariées, et ceci, toujours pour une question d'équilibre du métabolisme.

Enfin, la classe sociale, à laquelle appartient l'opérée, joue son rôle et de là peut-être l'opinion de certains chirurgiens sur la myomectomie, influencés tant soit peu par leur statistique hospitalière et les desirata de leurs malades.

C'est qu'en effet, d'après l'expérience que nous avons acquise, nous pouvons assurer que les femmes, d'un milieu social aisé, sont plus satisfaites de leur intervention que les autres.

Bien des femmes, — celles qui constituent la majorité de la clientèle hospitalière, — sont souvent déçues quand on leur apprend, après l'intervention, qu'elles gardent leur utérus et, de là, la possibilité d'avoir des enfants. Elles en ont déjà deux ou trois, davantage par-

fois, et elles avaient espéré une opération radicale qui les mettrait à l'abri d'une nouvelle grossesse. Pratiquer une myomectomie chez de pareilles malades, c'est créer des mécontentes, c'est s'exposer à des désillusions : l'opération n'atteint pas son but.

Et puis, à quoi bon réserver à une femme qui possède des tares héréditaires marquées, la possibilité de procréer. Il est sage, à l'occasion de ce fibrome, de mettre obstacle à une descendance plus ou moins tarée.

Disons enfin que les coxalgiques, les rachitiques, les femmes qui, en un mot, présentent un bassin dystocique, ne sont pas justiciables de myomectomie.

En conséquence, pas de myomectomie :

chez les femmes de plus de 40 ans

et chez les tarées.

Les raisons que nous venons d'exposer militent incontestablement en faveur de la myomectomie ; si les indications sont, avant tout, d'ordre physiologique, les contre-indications sont souvent anatomiques.

C'est qu'en effet l'énucléation de noyaux fibromateux contenus dans un muscle utérin n'est pas toujours possible. Il s'agit d'une question délicate que nous voudrions traiter. Et nous rappellerons à ce propos :

« que la chirurgie conservatrice a pour elle d'être
« préalablement toujours exploratrice ; elle peut juger,
« en dernier ressort, de la possibilité de la conservation
« ou du sacrifice de l'organe, sans que, dans ce dernier
« cas, la technique opératoire en soit entravée. »

Il est difficile, en effet, de dire cliniquement si tel ou tel fibrome est énucléable ou non ; cependant, le polype qui pend dans le vagin, comme le noyau fibromateux

unique pédiculé dans la cavité péritonéale, paraissent les indications princeps de la myomectomie; les noyaux multiples, plus ou moins dissociés, les noyaux fibromateux interstitiels, même sous-muqueux, sont également énucléables.

Il ne s'agit, dans aucun cas, de chirurgie acrobatique, ni de chirurgie spécialement dangereuse.

La myomectomie est une opération à la portée de tous les chirurgiens, elle n'est pas plus dangereuse, comme nous le montrerons, qu'une hystérectomie subtotale.

Il importe, avant tout, que l'utérus soit parfaitement mobile, avec absence complète d'annexite.

Cependant, il est des contre-indications inhérentes au fibrome lui-même ou à l'utérus, qu'il ne faut pas méconnaître.

Au nombre de celle-ci nous comptons :

- la trop grande multiplicité des noyaux fibromateux,
« bourrant » littéralement le muscle utérin,
- le trop gros volume du fibrome interstitiel qui dépasse l'ombilic,
- le fibrome mou,
- le mauvais état du col.

En présence d'un utérus bourré de fibromes, il est toujours possible de faire une myomectomie sur chacun des noyaux, l'opération sera d'autant plus longue que le nombre des noyaux sera plus élevé, et même quelquefois une investigation des plus soignée laissera toujours derrière elle un ou plusieurs fibromes lenticulaires, qui grossiront par la suite. Et puis, même si la myomectomie est pratiquée sur cet utérus, farci de noyaux fibro-

mateux, le muscle utérin, à la fin de l'intervention, se trouvera délabré : la réparation sera difficile, peu satisfaisante. Il nous est cependant arrivé d'enlever 9 noyaux fibreux sans dommage pour l'utérus ni pour la malade. (Obs. n° 116.)

Il s'agit de cas extrêmes, de cas d'espèce dont le chirurgien restera seul juge : il se souviendra, en effet, à cette occasion, de l'aphorisme de GORDON, de Portland : « la vraie chirurgie conservatrice est celle qui conserve la santé ».

Si la question de la myomectomie se pose pour la multiplicité des noyaux fibromateux, elle se pose encore pour le très gros fibrome interstitiel qui remonte à l'ombilic. Nous avons enlevé à une de nos malades (Obs. n° 79) un fibrome interstitiel du volume d'une tête d'adulte. Le diagnostic clinique avait été celui de kyste, bien qu'on n'ait pas senti le fond utérin. L'intervention fut simple, les suites normales; la malade se déclare actuellement satisfaite et vit dans l'espoir d'une prochaine maternité.

Comme on peut le constater, le volume de la tumeur n'est pas un obstacle à son énucléation. Quand la myomectomie est possible, elle n'est pas plus grave qu'une hystérectomie, mais elle n'est pas toujours possible : on ne trouve pas toujours le fond utérin, au milieu de cette volumineuse tumeur utérine. Il n'existe quelquefois pas de plan de clivage bien net. Néanmoins, le chirurgien sera toujours en droit de tenter une opération conservatrice, la myomectomie peut n'être que le premier temps d'une hystérectomie abdominale ou vaginale, sans en compliquer la technique.

Si, dans ces deux cas, fibrômes trop nombreux ou

fibrome trop gros, il ne s'agit que de contre-indications relatives, il n'en est pas de même, à notre sens, du fibrome mou.

Nous considérons, pour l'instant, qu'il constitue la véritable contre-indication à la myomectomie. Le plan de clivage n'est pas net; l'énucléation s'accompagne d'une hémorragie abondante qu'il est souvent difficile de tarir, nous reviendrons sur cette question quand nous parlerons des dangers de la myomectomie, mais nous ne voulons pas aller plus avant sans citer le cas de notre malade (Obs. n° 94) opérée d'un fibrome hémorragique, du volume du poing. L'énucléation d'un noyau fibromateux s'accompagna d'une grosse hémorragie; l'hémostase fut laborieuse, la tranche utérine suintait encore à la fermeture du ventre. Malgré le large drainage sus-pubien de la cavité péritonéale, la malade est morte de péritonite, consécutive à une hémorragie abdominale.

Enfin, en présence d'un noyau fibreux sur un utérus présentant un col ulcéré, métritique, ou peut-être même suspect de dégénérescence néoplasique, la question ne se pose plus, la myomectomie devient une mauvaise opération, à laquelle il faut préférer l'hystérectomie totale.

En résumé, s'il est des contre-indications relatives : multiplicité des noyaux, volume trop important de la tumeur, il en est qui sont, pour nous, absolues : pas de myomectomie sur un fibrome mou, non plus que sur un utérus suspect.

Quoi qu'il en soit, chez un chirurgien qui veut faire de la chirurgie conservatrice sur les fibromes, la voie a

employer, vaginale ou abdominale, n'est que question de goût et d'opportunité.

En principe, à chacune leurs indications :

A. *La voie vaginale :*

a) sans exception

— pour les POLYPES et aussi

— pour les FIBROMES des LÈVRES et du COL

qui constituent, de par leur situation, une indication non discutable ;

b) et chez les femmes qui ont un vagin facile à distendre, du fait de la laxité des parties molles et des dimensions de l'ogive sous-pubienne.

— pour les FIBROMES DU DOUGLAS et accessoirement,

— pour les FIBROMES DE L'ISTHME,

— et aussi pour les FIBROMES SOUS-SÉREUX,

quel qu'en soit le siège, chez les femmes qui ne veulent pas de cicatrice abdominale.

B. *La voie abdominale :*

A laquelle nous reconnaissons comme indications :

TOUS LES FIBROMES

qu'ils soient : *sous-séreux,*

interstitiels,

ou sous-muqueux ;

et nous profitons parfois de l'ouverture de la cavité utérine pour pratiquer un curettage rétrograde, avant de procéder à la réparation du muscle utérin.

DEUXIEME PARTIE

MYOMECTOMIES VAGINALES

MYOMECTOMIES ABDOMINALES

MYOMECTOMIES
AU COURS DE LA GROSSESSE

CHAPITRE I

MYOMECTOMIES VAGINALES

La myomectomie vaginale, comme l'hystérectomie vaginale, est une intervention qui paraît surannée : exception faite toutefois pour l'ablation des polypes vaginaux comme pour celle des tumeurs utérines contenues dans le vagin. Pour sacrifier aux méthodes nouvelles et aussi à la mode actuelle, la voie abdominale est toujours préférée par la plupart des chirurgiens.

A la vérité, peu nombreux sont les opérateurs qui soient rompus aux opérations vaginales.

Nous avons parlé déjà des indications de la myomectomie vaginale. A chaque indication correspond une technique un peu particulière et voilà ce qui pourrait en faire la difficulté qu'on exagère volontiers. Pourtant, la technique opératoire est banale ; il faut la bien connaître, mais ne point s'en rendre esclave. Nous ne connaissons rien de plus funeste, pour un opérateur, que de se voir condamné à suivre scrupuleusement une technique opératoire.

Pour la simplification de notre exposé, nous envisagerons successivement :

— *l'ablation des polypes, accouchés ou non dans le vagin*, qu'ils soient petits, gros ou énormes et qui relèvent de

la POLYPECTOMIE VAGINALE

avec ou sans morcellement.

— *l'ablation des fibromes qui bombent ou que l'on sent dans le Douglas*, rentre dans le cadre des

MYOMECTOMIES PAR COLPOTOMIE POSTÉRIEURE,

qu'il s'agisse de fibromes pédiculés, prolabés dans le cul-de-sac postérieur, de fibromes enclavés, de fibromes de la face postérieure d'un utérus rétro-versé ou encore d'un fibrome qui, anatomiquement, occupe l'espace recto-vaginal.

— *l'ablation des fibromes du col et du segment inférieur de l'utérus* relève de

la MYOMECTOMIE TRANS-VAGINALE

avec ou sans COLPOTOMIE.

Il est évident qu'il importe, avant toute intervention, de poser le diagnostic clinique exact. Nous ne saurions en traiter, ici, sans sortir du cadre que nous nous sommes imposé.

L'étroitesse d'un vagin est une contre-indication absolue à la myomectomie trans-vaginale.

Nous voudrions réhabiliter la myomectomie vaginale et lui rendre ses justes indications, comme ses justes proportions.

C'est une opération qui, répondant à une indication judicieuse, rend d'indiscutables services.

Les méthodes, décrites jusqu'ici, paraissaient difficiles. Oublions les techniques compliquées :

— des énucléations vaginales avec ou sans morcellement par hystérotomie cervico-vaginale uni ou bilatérale ou par hystérotomie médiane antérieure ou postérieure.

- ou encore celle des myomectomies trans-vaginales, par incision para-utérine ou colpotomique.
- ou bien enfin celle des périnéotomies.

Sachons limiter nos indications opératoires ; réservons à la voie vaginale ce qui lui revient.

Essayer de faire une myomectomie pour un fibrome du fond utérin chez une femme qui a un vagin étroit est aussi ridicule que vouloir enlever un polype du col par hystérectomie totale abdominale.

Un utérus qui descend facilement, un vagin large, voilà les deux facteurs indispensables à la myomectomie vaginale.

PRÉPARATION DES MALADES.

La préparation des malades n'offre rien de particulier. Elle consiste en diète hydrique de 24 heures et petit lavement, ou suppositoire, la veille de l'intervention : pas de purgation.

La région vulvo-vaginale fera l'objet des soins classiques : rasage du pubis et des grandes lèvres, lavage soigné au savon et à l'eau stérile : de la région pubienne, de la région vulvaire et des faces internes des cuisses ; lavage digital du vagin, rinçage et injections vaginales, à l'eau stérile contenant un antiseptique quelconque ; séchage complet de la peau, et du vagin ; dernier nettoyage enfin : à l'éther, puis à l'alcool.

Des compresses, du coton, une mèche vaginale, un bandage en T, constituent le pansement aseptique qui termine la préparation des malades.

ANESTHÉSIE.

L'Anesthésie importe peu ; ce sera celle dont l'opérateur a l'habitude. Toutes nos malades ont été endormies au chloroforme .

INSTRUMENTS.

Nous employons un minimum dinstruments. A propos de chaque intervention, nous reviendrons sur la question.

POSITION DE L'OPÉRÉE.

La position de l'opérée restera la même, quelle que soit la technique opératoire : position dorso-sacrée, sur une table d'opération banale, les pieds maintenus dans l'extrémité des porte-jambes. Les genoux en dehors des montants de l'appareil.

La région vulvo-vaginale, la face interne des cuisses seront badigeonnées à la teinture d'iode ; avec un tampon monté, le vagin sera écouvillonné. La vessie de la malade aura été sondée.

Nous limitons la région opératoire par six champs, que nous disposons de façon fort commode, ce qui dispense des bottes spéciales ou du large champ fendu à trois orifices.

Nous plaçons, de l'un et l'autre côté, un champ qui coiffe l'extrémité des supports et qui recouvre les pieds. Les coins supérieurs et opposés, dans leur plus grande largeur, sont noués en dehors de la table ; un autre champ sera placé de la même façon, mais plus bas : son bord supérieur recouvrant le champ précédent ; il rejoint, sur la ligne médiane au-dessus du pubis, le

champ symétrique. Un cinquième champ est jeté sur la région abdominale, un de ses bords affleurant le vestibule vulvaire. Un sixième champ, enfin, est tendu horizontalement, d'un support de jambe à l'autre, à ras du bord inférieur de la vulve, et assujetti, à ses extrémités, par deux pinces de Kocher.

Une pince à champ, placée sur le pubis, maintient trois champs : le supérieur et les deux latéraux, qui se rejoignent en ce point. Deux pinces, de chaque côté de la vulve, sont placées au niveau du croisement du champ transversal inférieur avec les deux champs latéraux. Enfin, sur le raphé médian, une dernière pince assujettit le champ sur la ligne médiane, en avant de l'orifice anal.

La région opératoire affecte, dans l'ensemble, la forme d'un triangle isocèle à sommet supérieur.

1° POLYPECTOMIES VAGINALES

avec ou sans morcellement

DÉFINITION.

A réserver à l'extirpation des fibromes cavitaires pédiculisés, cette opération est différente des myomec-tomies par énucléation qui s'adressent aux fibromes sous-muqueux ou interstitiels.

Les polypes fibreux peuvent être entièrement contenus dans la cavité utérine, ou bien dans la cavité vagi-

nale ; d'autres fois, à moitié accouchés par le col, ils sont à la fois utéro-cavitaires et utéro-vaginaux.

INDICATIONS.

Tout polype doit être enlevé, quels que soient sa situation et son volume :

la situation importe peu,
le volume seul compte.

Au point de vue opératoire, on envisagera :

- a) la *polypectomie sans morcellement*,
pour les tumeurs petites et moyennes ;
- b) la *polypectomie avec morcellement*,
pour les grosses et les énormes tumeurs dont
l'issue par les voies naturelles est impossible.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

A. — Polypectomie simple par torsion et section
sans morcellement de la tumeur

Obs. 7 et 10.

L'opérateur est assis en face du périnée de la malade une table d'instruments, à sa droite.

Un seul aide, placé à sa gauche, suffit.

Instruments.

Ils seront réduits au strict minimum. Soient :

- une valve vaginale longue,
- trois pinces de Museux,
- une pince languette,
- une curette,
- deux paires de ciseaux, droits et courbés.

Technique proprement dite.

On procède à un dernier nettoyage à l'alcool. Dès que la valve est introduite dans le vagin, déprimant sa paroi postérieure, l'opérateur la confie à son aide et saisit le polype avec une pince de Museux.

Si le polype est implanté au niveau du museau de tanche, l'extirpation est des plus simples.

Si le polype est implanté dans la cavité utérine et si le col n'est pas dilaté, on procédera à une dilatation aux bougies de Hégar, ou encore, on sectionnera le col aux ciseaux d'un seul ou des deux côtés. (Obs. 14.)

Si le volume du polype est tel qu'une seule pince de Museux ne suffit plus à assurer une prise solide, on procédera suivant la technique décrite par J.-L. FAURE : « On saisit le polype par son pôle le plus saillant avec trois pinces de Museux, mordant en triangle, à 2 ou 3 centimètres l'une de l'autre. Les anneaux des trois pinces sont réunis en un seul faisceau que la main tient solidement. »

C'est là le procédé des trois pinces.

Quelque soit le cas, un mouvement de torsion énergique, imprimé à la pince ou aux pinces de Museux « sectionne le pédicule en son point le plus faible et le désinsère souvent à une certaine hauteur dans la cavité utérine, au niveau même de son point d'implantation. Mais quand le pédicule est volumineux, il faut le couper aux ciseaux », après l'avoir lié avec un fort catgut.

La base d'implantation sera ou non curettée, puis une mèche est introduite dans le vagin jusqu'au contact du col et enfoncée au delà des grandes lèvres, afin que la malade ne la souille pas au moment des mictions.

B. — Polypectomie par morcellement

OBS. 3, 5, 6, 8, 11 (polype de trois kilos), 12.

Dirigée contre des gros polypes.

L'opérateur fera bien de s'encadrer de deux aides, l'un à sa droite, l'autre à sa gauche.

Instruments.

Aux instruments précédents, il faudra en ajouter quelques autres, afin d'avoir à sa disposition :

- deux valves vaginales, une grande et une courte,
- trois pinces de Museux,
- une pince longuette,
- une curette,
- deux paires de ciseaux droits,
- une paire de ciseaux courbes,
- un bistouri ordinaire,
- deux bistouris à vaginale, à pointe mousse et lame courbe, l'un droit et l'autre gauche.
- quelques pinces hémostatiques.

Il faut être prêt à pratiquer une hystérectomie vaginale en cas de nécessité.

Technique proprement dite.

Les valves seront quelquefois impossibles à introduire dès le début de l'opération. On fera un nettoyage soigné des replis et sillons séparant le polype de la muqueuse vaginale. L'opérateur ne s'embarrassera pas des techniques nombreuses décrites autrefois et nécessitant un appareillage des plus divers : tubes cylindriques de Segond et tube tranchant de Doyen. Les incisions transverses, en asperge, en escalier, les incisions

spiroïdes, en pelure de pomme de terre n'arrêteront pas la main du chirurgien.

La tumeur est solidement amarrée à son point le plus saillant par une pince de Museux. Avec le bistouri ordinaire, on trace, en pleine masse polypeuse, autour de la pince, une incision semi-lunaire, droite, puis gauche : toutes deux très profondes, le bistouri s'engageant jusqu'à la garde. On enlève ainsi un fragment conique à sommet profond, à base aussi large que possible, constituée par la paroi accessible du polype et sur laquelle la pince tracteur s'est agrippée. De chaque côté, les bords des tranches de section sont repérés par une Museux ; et, successivement, à droite, puis à gauche, à l'aide du bistouri ordinaire ou des bistouris à vaginale, on sectionne une portion de polype : ne manquant jamais de repérer les bords des tranches de section.

Si le polype est énorme, il faut creuser en pleine masse et harponner le fond de l'évidement déjà pratiqué. On recommence, à ce niveau, les manœuvres d'*évidement conoïde*, et on taille de proche en proche jusqu'au moment où le doigt dans le vagin ou dans l'utérus peut atteindre le pédicule d'implantation.

Pour ne pas s'égarer au cours d'un pareil morcellement, nous ne saurions trop conseiller de rester central et de ne pas trop couper les faces du myome.

En procédant ainsi, quelle que soit la grosseur du polype, il arrive toujours un moment où son volume est réduit à celui du petit polype, qu'il est alors facile d'extraire par les moyens préconisés plus haut : section par torsion et curettage du point d'implantation.

SUITES OPÉRATOIRES DES POLYPECTOMIES.

Elles sont banales et très simples.

La mèche introduite dans la cavité vaginale est retirée au bout de 24 heures ; on peut commencer à donner tout de suite une injection, et la malade se lève le 4^e ou le 5^e jour.

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES.

Il est facile de les éviter ; elles surviennent surtout au cours de l'ablation des gros polypes.

Elles consistent en :

Hémorragies

Au niveau du point d'implantation, on en vient facilement à bout par cautérisation au thermo-cautère chauffé au rouge sombre et par un bon tamponnement vaginal. Les hémorragies par blessure d'un gros vaisseau sont plus graves ; l'artère utérine pourrait être lésée au cours d'une manœuvre maladroite. On placerait, dans ce cas, une ligature au catgut sur l'artère. C'est une complication très rare.

Délabrements vulvo-vaginaux

Ils relèvent d'une mauvaise technique. L'évidement conoïde n'a pas été poussé assez loin ; il faut, de toute urgence, reprendre la tumeur par son centre, s'en débarrasser et réparer, après son ablation, les dégâts des parties molles.

Inversion utérine

Elle est toujours possible, surtout dans le cas de polype cavitairé à point d'implantation fundique. Il faudra tenter de réduire l'inversion immédiatement :

— soit par refoulement direct.

— soit par colpo-hystérotomie postérieure et retournement. — Méthode de Kustener, perfectionnée par Duret

ou bien on pratiquera une hystérectomie vaginale.
(Obs. n° 1.)

Perforations utérines

Elles sont extrêmement rares. Si la perforation est minime, on mettra la malade au lit avec de la glace sur le ventre. Si la perforation intéresse la base du ligament large, on s'assurera qu'il n'existe pas d'hématome important; s'il en était ainsi, on lierait le vaisseau qui saigne et on tamponnerait.

Les erreurs de diagnostic

Elles peuvent faire l'objet de complications opératoires. C'est le cas de l'une de nos malades : Mme O..., âgée de 63 ans, entrainée dans le service pour métrorragies abondantes. Elle présentait, à l'examen, une masse dure, vaginale, encadrée par le col.

Le diagnostic de polype fut posé, mais le polype impossible à enlever : il s'agissait d'un cancer du corps utérin. Une hystérectomie vaginale fut pratiquée séance tenante.

CONTRE-INDICATIONS

C'est, d'ailleurs, des diagnostics imprécis, que naissent les contre-indications des polypectomies.

En pratique, il n'y a pas de contre-indication à la polypectomie vaginale : un polype dans le vagin s'enlève par le vagin.

Toutefois, le nombre trop grand des polypes, contenus

dans la cavité utérine, peut seul décider le chirurgien à préférer à la polypectomie l'hystérectomie vaginale.

2° MYOMECTOMIES VAGINALES

par colpotomie postérieure

DÉFINITION

C'est encore par voie vaginale qu'on est en-droit de procéder à l'ablation des fibromes qui bombent dans le cul-de-sac de Douglas, que ceux-ci soient ou non enclavés et quel que soit leur volume, à la condition, toutefois, que le diagnostic soit certain et que la malade présente un vagin suffisamment large.

La technique en est toute banale et si le fibrome est gros, on procède au morcellement de la tumeur ou plutôt à son évidement conoïde, sans toucher au corps utérin.

INDICATIONS

Les indications d'une telle intervention sont limitées : vouloir les étendre, c'est s'exposer à des déboires.

La situation du noyau myomateux dans le muscle importe peu, qu'il soit sous-séreux, pédiculé ou non, interstitiel, ou sous-muqueux, l'ablation en est facile.

Quant au volume de la tumeur, il n'entre pas en ligne de compte : les gros fibromes du Douglas sont aussi aisés à enlever que les petits.

Les fibromes enclavés, les fibromes de la cloison recto-vaginale s'enlèvent par le même procédé.

Les petits noyaux myomateux sur un utérus rétro-versé sont également justiciables d'un tel procédé.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Elle est simple; nous allons expliquer rapidement en quoi elle consiste.

Instruments

Nous nous servons des mêmes que pour une hystérectomie vaginale. Soit :

- deux valves vaginales, une courte et une longue.
- deux pinces languettes, une droite et une courbe.
- trois pinces de Museux.
- deux bistouris à vaginale et un bistouri ordinaire.
- deux paires de ciseaux droits.
- une paire de ciseaux courbes.
- deux pinces à disséquer à griffe et sans griffe.
- une dizaine de pinces hémostatiques, tant de Kocher que de Péan.

Technique proprement dite.

La grande valve mise en place, on déprime la paroi vaginale postérieure. Une pince à abaissement saisit la lèvre postérieure du col, on l'abaisse un peu et on la porte en avant de façon à bien tendre le vagin au niveau du cul-de-sac postérieur.

De la main droite, avec des ciseaux courbes dont la concavité est tournée en haut, on incise transversalement le vagin au niveau du dôme vaginal sur la paroi postérieure de l'utérus et d'un seul coup de ciseau le péritoine doit être ouvert. Il n'y a aucun danger. Dès

qu'on est dans le Douglas, on s'en rend compte très facilement au caractère particulier de la surface séreuse du péritoine, les ciseaux sont introduits fermés par la brèche et retirés grands ouverts; et par l'orifice ainsi agrandi, on introduit l'extrémité de la valve vaginale qui va protéger le rectum.

Le fibrome apparaît; un aide tire sur le col en haut; l'autre aide tient la valve postérieure.

Lorsque le fibrome est très gros, bombant dans le Douglas, l'ouverture du cul-de-sac postérieur est très simple, il suffit pour l'ouvrir de couper sur la tumeur.

Le péritoine ouvert, plusieurs cas se présentent :

A. — Le fibrome n'occupe pas tout le Douglas

a) *Le myome est pédiculé :*

L'opérateur le saisit avec une pince de Museux et son extirpation est alors très facile, avec ou sans morcellement. (Obs. 17.) Une ligature à la base ou un point profond au catgut assure l'hémostase. Nous plaçons une mèche et un drain dans le Douglas.

b) *Le myome est interstitiel ou même sous-muqueux :*

Il est pour l'extirper deux façons de faire que nous employons indistinctement. Si le noyau est bas, nous préférons employer un procédé qui s'inspire de ceux décrits par Segond. Si le noyau est près du fond, nous incisons le tissu utérin *in situ*.

- 1° *Si le noyau est bas au niveau de l'isthme — et sous-muqueux*, par exemple,
on pratiquera une hystérotomie médiane postérieure. (Obs. 20.) Le cul-de-sac postérieur étant

ouvert et les valves bien en place, le col est saisi au niveau de ses commissures par deux pinces de Museux qui sont confiées à chacun des aides. L'opérateur, avec les ciseaux droits, une branche dans la cavité utérine et l'autre dans le Douglas, coupe, sur la ligne médiane, la lèvre postérieure du col utérin, et la face postérieure de l'isthme, jusqu'au noyau myomateux. Dès qu'il apparaît, on le harponne, avec une troisième pince de Museux ; les deux premières étant abandonnées. La pince, qui est solidaire du fibrome, est tenue de la main gauche ; les ciseaux courbes, fermés, tenus dans la main droite, sont introduits au contact du myome, entre « dur et mou » ; l'opérateur sépare ainsi le noyau fibreux du muscle utérin. Si cette décortication est impossible à pousser jusqu'au pôle supérieur, à cause du volume trop considérable de la tumeur, on procède à son morcellement, en se servant des bistouris à vaginale. Autour de la Museux, avec laquelle la main gauche présente le noyau à extraire, la main droite va découper, dans le fibrome, en se servant successivement des couteaux droit et gauche, un cône à sommet profond ; c'est là : « un évidemment conoïde » qu'on répète autant de fois qu'il est nécessaire, jusqu'au moment où les ciseaux courbes arrivent à faire le tour du noyau myomateux et à le décortiquer.

Une fois le fibrome enlevé, on place quelques points profonds séparés au catgut n° 2 ou 3 ; on dispose 2 ou 3 mèches au contact de la suture, ainsi qu'un drain.

2° *Si le fibrome est plus haut sur la face postérieure,* le tissu utérin est incisé au bistouri ordinaire sur le noyau fibromateux. (Obs. 15.) L'incision est, autant que possible, longitudinale et médiane, sa longueur proportionnelle au volume du fibrome à énucléer. Même si l'incision est paramédiane, le tissu utérin est incisé jusqu'au moment où, par le muscle bâillant, on aperçoit la couleur nacréée du myome : on l'amarre avec une pince, on le décortique aux ciseaux courbes fermés. On pratique un évidement conoïde, si cela est nécessaire, et le fibrome s'enlève ainsi très facilement. Une fois le fibrome enlevé, on place : un, deux ou trois points profonds sur l'incision utérine, points séparés, profonds, au catgut, à la fois obturateurs et hémostatiques. On termine, si l'on peut, par un surjet au catgut 0 ou 1, surjet séro-séreux. Souvent la suture utérine est légèrement saignante, une mèche ou deux sont placées au contact de la brèche suturée. L'orifice péritonéal et l'incision vaginale sont rétrécis. Les mèches sont laissées en place 4 ou 5 jours.

B. — Le fibrome occupe tout le Douglas

Obs. 16 et 19. On pratique d'emblée, en s'attaquant à la tumeur, une énucléation par morcellement. La traction exercée sur les fragments myomateux assure leur décortication qu'au besoin on facilite en s'aidant des ciseaux courbes.

Nous considérons toute suture, non pas comme im-

possible, mais comme fort aléatoire. Nous laissons trois mèches et un drain dans le cul-de-sac.

C. — Le fibrome est contenu dans la cloison recto-vaginale

L'opérateur s'attaque directement à la tumeur. A aucun moment, le péritoine n'est ouvert et l'intervention reste la même que la précédente. On procède, si c'est nécessaire, au morcellement, à l'évidement conoïde du fibrome. La cavité est bourrée de mèches (Obs. 21.)

SUITES OPÉRATOIRES

Elles sont banales, les mèches sont retirées les 4^e et 5^e jours, le drain également le même jour, et les injections sont données dès le surlendemain.

L'élévation de température qui suit l'intervention est insignifiante. C'est à peine si le thermomètre monte à 38°, et nos malades se lèvent le 6^e ou le 7^e jour.

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES

Elles peuvent consister en :

Hémorragies

Consécutives à l'hystérotomie : c'est la tranche utérine qui saigne. La mise en place de un ou deux points supplémentaires suffit souvent à tarir le suintement. Si la suture est insuffisante, la mise en place de mèches permet de mener à bien l'intervention.

Insuffisance de l'énucléation

Elle est toujours possible, aussi faudra-t-il savoir terminer par une hystérectomie vaginale, si, au cours de

l'intervention, on s'aperçoit de la multiplicité des noyaux myomateux, impossibles à enlever par myomectomie.

Infection

Nous entendons par là la réaction péritonéale, qui se produit quelquefois à partir de la 48^e heure. Il s'agit de phénomènes non inquiétants, de péritonite pelvienne péri-utérine. La température ne s'élève guère au-dessus de 38°, 38°5, mais le pouls est un peu rapide; il existe de la défense de la paroi abdominale, localisée à la région sus-pubienne; il y a, en général, parésie intestinale. Tous ces signes ne sont que passagers et jamais alarmants; l'application de glace sur le ventre, la position demi-assise, viennent rapidement à bout, en 24 ou 36 heures, de tous ces ennuis. Après l'ablation des mèches, on constate souvent, dans ces cas, qu'il y a eu une légère rétention. C'est pourquoi nous croyons bon et non superflu, de placer un petit drain dans le Douglas et en tous cas de ne point trop tasser les mèches.

3° MYOMECTOMIES TRANS-VAGINALES

avec ou sans colpotomie pour fibrome du col
ou du segment inférieur

DÉFINITION

Cette intervention, un peu moins facile que la précédente, n'en diffère guère dans son exécution. Après libération du col, par désinsertion, suivant les cas, des culs-de-sac vaginaux antérieur ou latéraux, l'utérus est

incisé plus ou moins haut jusqu'au noyau fibromateux qui est ainsi extirpé facilement.

INDICATIONS

Dirigée contre les fibromes du col, et contre ceux de l'isthme, que le noyau fibromateux soit antérieur ou latéral, la myomectomie trans-vaginale, ne nécessite pas toujours l'ouverture du cul-de-sac péritonéal. Ce n'est que lorsqu'on voudra s'attaquer à un fibrome haut situé sur le corps utérin que le péritoine sera ouvert : tous les degrés sont possibles.

La situation du noyau myomateux, dans le muscle utérin, qu'il soit interstitiel ou sous-muqueux, importe peu, de même que son volume. On procédera par morcellement dès que la nécessité s'en fera sentir. (Obs. 26.)

La pluralité des noyaux fibromateux n'est pas non plus un obstacle à cette opération, à la condition toutefois qu'on soit certain qu'il n'existe pas, vers le pôle supérieur de l'utérus, quelques fibromes qui risquent d'échapper au chirurgien. Dans un pareil cas, la conduite à tenir serait différente, et si l'on persistait à vouloir pratiquer une myomectomie vaginale, il s'agirait de myomectomie par colpotomie, avec extériorisation de l'utérus : il est en effet possible d'extraire des petits noyaux fibromateux du fond utérin par voie vaginale. Disons tout de suite que c'est là une chirurgie d'exception, à ne mettre en œuvre que chez les femmes qui désirent ne pas avoir de cicatrice abdominale et conserver leur utérus. (Obs. 30.)

Insistons encore sur la nécessité d'un large vagin pour mener à bien ces interventions.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

C'est en nous laissant conduire par la situation du noyau fibromateux sur l'utérus que nous décrirons notre technique opératoire.

Instruments.

Les mêmes que pour la myomectomie avec colpotomie postérieure. Il faut, en tous cas, pouvoir faire une hystérectomie vaginale s'il était nécessaire.

Technique proprement dite.

Les deux valves sont confiées à chacun des aides et écartent les parois du vagin. L'utérus est solidement saisi au niveau du col, par deux pinces de Museux.

A. — Dans un premier cas (obs. 23-24)

Le fibrome est juste au niveau du col, intra-vaginal, et dans ces conditions on a le corps fibreux sous le doigt. Le col utérin étant libéré partiellement dans le quadrant correspondant au fibrome, « il suffit d'inciser le tissu « utérin qui le recouvre, au niveau d'une des lèvres du « col, pour apercevoir le fibrome arrondi et blanchâtre « qu'il est en général facile d'énucléer, soit par arrachement, soit par torsion, soit, au besoin, par morcellement. »

Un ou deux points de catgut ferment la loge déshabitée.

B. — Dans un second cas

Le fibrome est latéral dans la base du ligament large. Le vagin est désinséré, en avant, latéralement, du côté

du fibrome et également un peu en arrière. La vessie et l'uretère sont refoulés. La commissure correspondante de l'utérus est incisée aux ciseaux. On tombe facilement sur le fibrome qu'il est aisé de saisir avec une pince de Museux. Les ciseaux courbes, faisant levier, passant entre « dur et mou », aident à l'ablation du noyau myomateux; mais dans la majorité des cas, il faudra, pour l'énucléer, procéder à son morcellement. Toutes ces manœuvres seront prudemment exécutées, évitant utérine et uretère, organes dangereux de la région.

Le fibrome énucléé, la poche est tamponnée avec une ou deux mèches.

C. — Dans d'autres cas

Le fibrome, antérieur, est situé plus haut, sur l'isthme, empiétant même sur le corps.

C'est alors qu'après avoir amené à la vulve le col utérin amarré par les deux pinces de Museux, on pratique, au devant du fibrome, sur la face correspondante du vagin, une incision transversale, semi-circonférentielle, au niveau de ses insertions cervicales. Avec les ciseaux courbes, et s'aidant du doigt et de la compresse, on décolle la vessie et les uretères qu'un aide refoule et protège, au fur et à mesure du décollement, par une courte valve vaginale qui râclera la face antérieure du col.

C'est là une manœuvre délicate, sur laquelle nous ne saurions trop insister. On parvient ainsi jusqu'au cul-de-sac péritonéal, en ayant pratiqué une libération du col.

- a) *Si le fibrome est isthmique, sous-péritonéal; le cul-de-sac vésico-utérin est respecté.* (Obs. 22.)

Les deux pinces de Museux sont placées au niveau des commissures du col, elles sont respectivement confiées à chacun des aides. Avec les ciseaux droits l'opérateur pratique une hystérotomie médiane antérieure, il sectionne jusqu'au noyau fibromateux, qu'il est alors facile d'extraire par énucléation, en se servant des ciseaux courbes ou même par morcellement.

Le fibrome extrait, quelques points profonds sont placés sur la tranche de section, puis on pratique un surjet superficiel avec un catgut plus fin. On ferme la brèche vaginale.

- b) *Si le fibrome est plus haut, sur la face antérieure, à la fois isthmique et corporéal,*

la vessie est largement décollée comme précédemment. Puis on ouvre le cul-de-sac péritonéal. Il s'agit alors de fibro-myomectomie vaginale trans-péritonéale.

Ou bien, on procède comme précédemment par hystérotomie (Obs. 29), ou bien, on incise sur la saillie du noyau myomateux le tissu utérin; on procède à l'énucléation de la tumeur; on ferme la brèche avec deux ou trois points de catgut; on laisse une ou deux mèches au contact de la suture.

- c) *S'il s'agit d'un fibrome du fond.* (Obs. 30.)

Après avoir pratiqué, cette fois, une libération complète du col et ouvert les culs-de-sac péritonéaux antérieur et aussi postérieur, le fond utérin est basculé en avant, accouché en quelque sorte par la brèche col-

potomique antérieure. Une pince de Museux, introduite par le cul-de-sac vésico-utérin, saisit la face antérieure de l'utérus, et la tire au dehors. Il est souvent nécessaire de faire cette bascule en effectuant des prises utérines de proche en proche pour atteindre le fond, siège du noyau. Il s'agit là de manœuvres de douceur ; il faut éviter, autant que possible, la déchirure du muscle utérin, au niveau des points de préhension : ceux-ci saignent souvent, jamais de façon inquiétante, surtout si l'on a eu soin de rester sur la ligne médiane, ils ne méritent pas de points d'hémostasie, qui coupent et qui déchirent, et qui font pire que mieux. La technique opératoire s'inspire jusqu'ici de celle décrite par SCHAUTA dans son traitement des cystocèles. Le fond utérin amené à la brèche péritonéale, le relief du noyau fibromateux est exposé à la vue. L'incision du tissu utérin mène sur le myome : on l'extrait par énucléation. La brèche utérine est fermée par plusieurs points profonds au catgut ; un surjet séreux au catgut fin est mené par-dessus. L'utérus est rentré avec deux mèches au contact de la suture. Un drain est placé dans le Douglas.

SUITES OPÉRATOIRES

Différentes suivant les cas.

Pour les myomectomies sans ouverture du péritoine, la mèche de tamponnement est retirée le troisième jour ; la malade se lève le 6^e jour.

Pour les myomectomies avec colpotomie, les mèches sont retirées les 5^e et 6^e jours ; le drain est retiré en même temps ; la malade se lève au 8^e jour.

Dans tous les cas, les suites sont à peu près apyrétiques.

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES

Outre celles signalées dans les myomectomies par colpotomie postérieure :

Hémorragie,

Infection.

Il faut ajouter :

Blessure de la vessie.

Nous ne saurions trop insister sur tous les soins qu'il faut attacher au décollement vésical, et nous jugeons que l'aide, qui tient la valve antérieure, joue un rôle important dans la bonne exécution de la manœuvre. Ce temps est particulièrement délicat dans les fibromes antérieurs de l'isthme. (Obs. 25.) Quelquefois, la vessie peut être blessée dans ces cas difficiles.

Si la vessie venait à être ouverte, on suture la brèche en deux plans, en s'assurant bien que les méats urétraux ne sont point intéressés. On poursuit l'opération. Une sonde à demeure est placée dans la vessie pendant quelques jours.

Les blessures de la vessie ne sont pas graves à la condition que l'on s'en aperçoive et que l'on procède à leur suture. Si la blessure vésicale n'est pas reconnue, c'est à coup sûr l'installation d'une fistule vésico-vaginale, qu'il faudra traiter chirurgicalement ultérieurement. En règle, après toutes nos interventions vaginales qui nécessitent un décollement vésical, nous introduisons toujours une sonde métallique dans la vessie pour nous assurer que les quelques gouttes d'urine qui y sont contenues ne sont point sanglantes.

Blessure des uretères.

Elles sont rares et coexistent, en général, avec une blessure vésicale : un des méats est intéressé dans la déchirure. Le pronostic fonctionnel est grave, ce sera souvent un rein qu'il faudra enlever.

Blessure de l'intestin grêle.

Elle est plus rare encore. L'intestin peut être lésé par une pince de Museux mal placée ou qui manque son but. On s'en aperçoit, en général, dès que la prise est faite. Il faut extérioriser l'anse et suturer les points perforés : les enfouir. Si l'on procède à leur suture, les suites opératoires de la myomectomie ne s'en trouvent pas compliquées.

4° CONTRE INDICATIONS DES MYOMECTOMIES VAGINALES

Au premier chef il faut signaler, comme pour toutes les myomectomies vaginales, l'étroitesse du vagin et puis aussi la multiplicité des noyaux et leur volume qui sont autant d'obstacles à une telle opération.

Ajoutons encore que la myomectomie vaginale, pour être faite correctement, doit s'appuyer sur un diagnostic clinique précis : le noyau fibromateux bien localisé, distinct du fond utérin est favorable à la myomectomie vaginale.

Toutes ces conditions étant remplies, la myomectomie vaginale est une excellente opération, très facile, très bénigne, et d'une efficacité complète. Mais il est évident qu'il n'en est pas de même si les noyaux fibreux sont élevés, multiples, difficilement accessibles.

CHAPITRE II

MYOMECTOMIES ABDOMINALES

I. — GÉNÉRALITÉS

DÉFINITION

Comparables aux interventions pratiquées par voie vaginale, elles diffèrent suivant qu'elles sont dirigées contre des fibromes pédiculés ou interstitiels : dans le premier cas, il s'agit de polypectomies, dans le second, de myomectomies par énucléation.

Là encore, comme pour la voie vaginale, l'ablation des polypes ne souffre pas de discussion ; l'énucléation n'a pas rallié, de même, la faveur de tous les chirurgiens.

C'est pourtant une opération facile, de technique simple, on l'a accusée d'être dangereuse, nous montrerons qu'à la condition de bien vouloir observer quelques règles indispensables, elle n'est pas plus dangereuse que l'hystérectomie subtotale.

GÉNÉRALITÉS SUR LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE NOS LAPAROTOMIES

Préparation des malades.

Elle est banale, nous n'y reviendrons pas : diète hydrique de 24 heures, précédant l'intervention et pas de purgation.

La peau de l'abdomen est soigneusement nettoyée, le

pubis rasé; nous nous contentons de donner une injection vaginale la veille de l'intervention et une autre le matin même.

Anesthésie.

C'est toujours au chloroforme que nous avons recours. A côté de ses maigres inconvénients, nous lui voyons d'incontestables avantages. Le seul fait d'être exempt de complications respiratoires est suffisant, à notre sens, pour justifier notre façon de faire. Avec le chloroforme, pas de foyer pulmonaire le lendemain de l'intervention, coïncidant avec une poussée de température pour laquelle on est toujours en droit de se demander si la laparotomie n'y est pas pour quelque chose. La tranquillité, dans les suites opératoires avec le chloroforme, tant pour l'opérée que pour le chirurgien, vaut bien les rares complications auxquelles expose son emploi : les ictères sont rares et nous n'avons eu que 3 syncopes mortelles sur 6.000 interventions.

Instruments.

Ils consistent en :

- un bistouri,
- une pince à disséquer à griffe et une sans griffe,
- deux paires de ciseaux droits,
- une paire de ciseaux courbes,
- une pince de Museux,
- une pince languette,
- deux aiguilles de Reverdin à chas mobile,
- six pinces de Péan et six pinces de Kocher,
- une pince à agrafes et son chariot,
- quatre pinces à champ,

— une valve sus-pubienne et une chaîne (1).

Position de l'opérée, préparation du champ opératoire.

Avant de mettre l'opérée en position inclinée de Trendelenburg, il faut :

— faire le cathétérisme de la vessie, précaution indispensable,

— stériliser la paroi à la teinture d'iode par deux couches successives de teinture d'iode à 1/20^e.

L'opération.

L'opérateur se place à la gauche de la malade, un aide en face de lui; la malade est mise en position de Trendelenburg dès qu'elle commence à dormir complètement.

Les champs sont alors seulement assujettis sur la paroi : nous évitons ainsi leur déplacement si fréquent pendant la manœuvre de bascule.

Nous plaçons d'abord les deux champs latéraux, dont les bords internes sont médians et tangents. Nous disposons ensuite les deux champs horizontaux, l'un affleurant le pubis, et l'autre l'ombilic.

Une pince à champ sur le pubis, une pince à champ au niveau de l'ombilic, assujettissent les 4 champs qui limitent la région opératoire.

Technique proprement dite et ouverture de la paroi.

La paroi est incisée verticalement sur la ligne médiane, du bord supérieur du pubis à l'ombilic.

Nous faisons rarement l'incision de Pfannenstiël,

(1) Nous préférons, plutôt que d'utiliser des supports compliqués, adapter à la valve une chaîne qui se réfléchit sur une brique placée entre les cuisses de la malade et à l'extrémité de laquelle est suspendu un poids de 1 à 2 kilos.

nous jugeons qu'elle ne donne pas suffisamment de jour et qu'elle s'adapte mal au drainage.

La peau et le tissu cellulaire sont rapidement incisés jusqu'à l'aponévrose. Tandis que de la main gauche, l'opérateur et l'aide soulèvent vers l'azymut les deux tranches de section cutanée, l'opérateur incise l'aponévrose du haut en bas de l'incision des téguments. La traction opérée sur les deux tranches de section sépare les deux muscles droits et, que l'on soit sur la ligne blanche ou dans une gaine rectale, droite ou gauche, l'interstice des grands droits est facile à trouver. En bas, les pyramidaux sont incisés jusqu'à la symphyse. Le péritoine est ouvert au niveau de l'incision, puis sectionné au bistouri ou aux ciseaux, mais jamais déchiré. On s'entourera des précautions habituelles pour ménager l'intestin et aussi la vessie.

Tout ce temps est très rapide, ne demandant pas plus d'une minute. Nous ne faisons jamais l'hémostase des vaisseaux pariétaux. Nous jugeons également inutile de repérer les différents plans traversés. La valve sus-pubienne est mise en place. La peau est bordée par les mêmes champs qui délimitent la région opératoire. Une pince à griffe auto-statique rapproche leurs bords des bords de section.

Deux ou trois champs abdominaux mis en place recouvrent et protègent les anses intestinales et le sigmoïde.

Le ventre ouvert, les organes pelviens bien exposés, le chirurgien fait en dernier ressort le bilan des lésions.

Il n'y a pas d'annexite, il existe un ou plusieurs

fibromes pédiculés ou non : la myomectomie est jugée de mise. Le chirurgien s'apprête à l'exécuter.

2. — POLYPECTOMIES ABDOMINALES

DÉFINITION.

On entend sous ce nom l'intervention qui consiste à supprimer tout fibrome pédiculé ballant dans la cavité abdominale, en conservant l'utérus.

INDICATIONS.

Soupçonnée par la clinique, l'existence d'un polype ne peut être assurée que le ventre ouvert, quelque soit le volume du polype, noix ou tête d'adulte, il s'agit toujours de polypectomie. Il peut y avoir plusieurs polypes sous-séreux qu'on enlève par le même procédé. La torsion d'un fibrome pédiculé est la première indication à l'intervention. (Obs. 31, Obs. 44.)

La coexistence d'un fibrome interstitiel n'est pas une contre-indication.

TECHNIQUE DE LA POLYPECTOMIE ABDOMINALE.

Si le polype est gros, l'opérateur le luxe entre les lèvres de l'incision pariétale, soit en plongeant sa main par derrière, soit en s'aidant au besoin d'une prise de tire-bouchon.

Si le polype est petit, du volume d'une orange par exemple, ou plus petit encore, on le saisit avec une pince de Museux, on le tire vers l'extérieur. Une compresse abdominale est, dans tous les cas, glissée en arrière de la tumeur. Il ne reste plus qu'à lier, puis à sectionner le pédicule.

Pour être assuré contre toute chance de glissement du nœud, on passe un catgut n° 2 avec une aiguille en plein milieu du pédicule, puis on fait un nœud de meunier, comme dans la ligature habituelle d'un sac herniaire.

« Puis, à un centimètre au-dessus de la ligature, on sectionne le pédicule en le creusant un peu, s'il est gros ; et, par quelques points séro-séreux au catgut fin 00, on enfouit la surface de section. » (Obs. 40.)

Le péritoine utérin se prête mal à cet enfouissement, c'est pourquoi nous lui préférons souvent la *greffe libre épiploïque*. Un fragment de grand épiploon, prélevé sous une ligature, est assujetti sur la surface de section du pédicule, à l'aide des chefs de catgut qui l'étreignent.

Le moignon du pédicule du polype se trouve ainsi coiffé d'un capuchon épiploïque. (Obs. 32 et 34.)

Il faut s'assurer, avant de fermer le ventre, qu'il n'y a aucun suintement sanguin. S'il en était ainsi, on placerait un drain, de la grosseur du doigt, dans le Douglas. On s'assure encore qu'il n'existe pas de fibrome interstitiel (Obs. 33 et 41), auquel cas on en pratiquerait l'ablation, comme il est dit plus loin. On procède alors à la fermeture de la paroi abdominale, avec ou sans drainage suivant les circonstances.

En tous cas, après les polypectomies pour fibrome sphacélé, nous plaçons toujours un drain dans le Douglas. (Obs. 44.)

FERMETURE DE LA PAROI ABDOMINALE.

L'opérateur a ôté lui-même du ventre les compresses abdominales, qu'il a comptées.

Avec une compresse montée sur la pince languette, il procède à l'assèchement de la cavité pelvienne, le Douglas est soigneusement nettoyé et les caillots, s'il en existe, sont enlevés.

Le poids qui tient la chaîne de la valve est décroché et la valve retirée. Les deux lèvres péritonéales sont repérées dans leur partie médiane par une pince de Péan.

Avec la seconde aiguille de Reverdin, celle qui n'a pas servi à suturer l'utérus, l'opérateur passe un catgut n° 2 au niveau de l'extrémité supérieure de l'incision, près de l'ombilic. Le catgut, qui est le départ d'un long surjet, traverse le plan musculo-aponévrotique et le péritoine. Un double nœud l'assujettit. Un petit chef est gardé sur une pince, un très long chef est ménagé.

L'opérateur tient dans la main gauche les deux pinces de Péan, placées face à face qui repèrent le péritoine et le tendent, tandis que de la main droite, il manie l'aiguille pour fermer la brèche péritonéale : embrochant d'abord la lèvre opposée, puis celle de son côté ; les deux feuilletts péritonéaux sont adossés, le catgut est introduit dans le chas de l'aiguille, l'aiguille est retirée. Le catgut est tiré par l'aide vers l'ombilic. Tout le péritoine est ainsi fermé ; et chaque point se trouve automatiquement « passé » réalisant le point de feston des couturières. Le surjet péritonéal est arrêté au niveau de son extrémité pubienne, par « deux points de chaînettes » et un point d'arrêt.

L'opérateur continue alors avec le même catgut un surjet qui, à chaque point, rapproche les deux lèvres aponévrotiques, prenant en plus, une fois sur deux, les

deux muscles droits, écartés. Il commence au tiers inférieur de l'incision, là où se termine la fermeture de la brèche péritonéale, il gagne d'abord le bord pubien ; puis au retour, le surjet est mené de bas en haut, revenant à l'ombilic : son extrémité est solidarisée avec le chef gardé au départ sur la pince. Dans toute cette manœuvre, le surjet doit rester parfaitement tendu.

Nous avons coutume de désigner ce mode de suture de la paroi sous le nom de fermeture par « surjet aller et retour ».

S'il existe des artérioles importantes qui continuent à saigner dans le tissu cellulaire, elles sont liées.

Si la malade est grasse, si les tranches de section suintent, un drain, plus fin qu'un crayon, est placé tout au long de la cicatrice, entre l'aponévrose et les agrafes, débouchant au-dessus du pubis ; ce petit drain va empêcher les hématomes : il sera retiré au bout de 24 heures. La peau est fermée par des agrafes.

Lorsque nous plaçons un drain dans le Douglas, nous ne le faisons pas sortir au-dessus du pubis, mais bien au milieu de la brèche pariétale, quelquefois même dans le haut. Nous avons remarqué, en effet, que, placé dans le Douglas et contournant le corps utérin, le drain qui sort du ventre au-dessus du pubis, décrit un arc à concavité pubienne. Il en résulte deux inconvénients : d'abord au niveau de la courbure, les parois du drain tendent à s'accoler et le drain est sans effet ; ensuite l'élasticité du drain tend à le placer en rectitude. On comprend aisément la facilité avec laquelle son extrémité péritonéale peut alors quitter le Douglas, pour venir se placer plus haut dans la concavité sacrée, près du

promontoire : le drainage du Douglas est encore sans effet.

. Notre façon de faire évite cet écueil.

La mise en place d'un drain ne modifie pas notre méthode pour suturer la paroi : nous procédons comme tout à l'heure, menant un surjet aller sur le péritoine de l'ombilic au drain et continuant le retour sur l'aponévrose du drain au point de départ. Deux ou trois points en X sont placés sur l'aponévrose au-dessous du drain. Le drain est assujetti à la peau par un crin.

SUITES OPÉRATOIRES :

Elles sont banales et des plus simples. Le régime est celui de toutes les laparatomies. S'il y a un drain sous la peau, il est retiré au bout de 24 heures, s'il y a un drain dans le Douglas, il est retiré le 4^e jour.

Nous administrons une purge à l'huile de ricin, le matin du 4^e jour.

La malade se lève le 14^e jour.

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES.

Elles sont celles de toutes les laparotomies. Nous n'en parlerons point.

Elles relèvent d'une mauvaise technique et consistent :

- en complications infectieuses du côté du péritoine, ou du côté des parties molles.
- en insuffisance de fermeture de la paroi abdominale préparant l'éventration.

La polypectomie n'a, dans toutes ces complications, qu'une part bien occasionnelle. Tout de même, signalons l'hémorragie du pédicule ; qu'il suffira d'étreindre

dans une autre ligature avant de fermer la cavité péritonéale, pour éviter ces collections du Douglas qui constituent des hématoécèles, et qu'on est ensuite obligé d'évacuer par colpotomie postérieure.

3. — MYOMECTOMIES PAR ÉNUCLÉATION ABDOMINALE

DÉFINITION

On entend sous cette rubrique toute intervention qui consiste à enlever, par voie abdominale, après incision de la paroi utérine, un ou plusieurs noyaux fibromateux, quels que soient le volume, le nombre et le siège de ces noyaux.

INDICATIONS

Tous les fibromes sont énucléables, par voie abdominale.

Le volume du noyau à énucléer importe peu ; qu'il soit gros comme une bille ou comme une tête d'adulte, la technique est la même, les difficultés ne sont guère plus grandes.

Si nous avons fait des myomectomies sur de petits fibromes (Obs. 118, 122, 129), nous avons enlevé également des tumeurs considérables (Obs. 79 et 88).

Le nombre des fibromes à énucléer entre peu en ligne de compte, à moins qu'il ne s'agisse d'un utérus farci de noyaux. La multiplicité des noyaux s'accorde cependant volontiers avec la myomectomie. L'opération n'est pas plus difficile, elle est d'autant plus longue que le nombre des noyaux est plus grand. Les suites en sont aussi simples. (Obs. 109, 116, 72, 90, 65.)

Et lorsque le nombre des fibromes ou l'état particulièrement délabré de l'utérus, après l'ablation des noyaux, fait naître des difficultés dans la réalisation d'une telle intervention, c'est par une hystérectomie que l'on terminera.

Le siège du myome ou des myomes ne complique ni n'empêche la myomectomie. Les fibromes du fond (Obs. 47, 53) sont faciles à énucléer; ceux de l'isthme (Obs. 56), du ligament large (Obs. 73), des cornes utérines (Obs. 50) le sont également.

La situation du noyau myomateux dans le muscle utérin n'a qu'une importance toute relative. La myomectomie abdominale s'adresse aussi bien aux fibromes sous-muqueux qu'aux fibromes interstitiels ou sous-séreux.

Il n'existe pas de contre-indications cliniques, en dehors de celles dont nous avons parlé. L'acte opératoire seul les décèle : le chirurgien jugeant en dernier ressort, le ventre ouvert.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE :

L'incision de la paroi est rapidement menée, comme nous l'avons expliqué.

Le péritoine ouvert, la valve en place, les anses intestinales sont refoulées par des compresses abdominales convenablement placées. Les organes du pelvis, bien exposés, le chirurgien fait aisément le bilan des lésions et voit la conduite à tenir : c'est lui qui appréciera la possibilité et l'opportunité d'une myomectomie. Qu'il se garde de vouloir employer la technique de tel ou tel auteur, il se laissera guider par la lésion rencontrée.

La main droite dans le petit bassin, après avoir extériorisé les ovaires et les trompes les uns après les autres, jugé de leur état, perçu le nombre des noyaux myomateux, leur volume et leur siège et décidé la myomectomie, il luxe hors du ventre, par la plaie abdominale, l'utérus fibromateux. Ou bien, s'il arrive que l'utérus ne se laisse pas facilement extérioriser, il place une compresse abdominale dans le Douglas, ou encore, l'aide, des anneaux de ses ciseaux, soutient le corps utérin.

Chaque noyau est extrait séparément et quelles que soient sa grosseur, sa situation : sous-séreuse, interstitielle, ou sous-muqueuse, on incise le tissu utérin jusqu'à ce que l'on rencontre la masse blanche, nacréée, du fibrome.

Si le noyau est unique, à peu près médian, l'incision sera longitudinale, exactement médiane, suivant l'axe de l'utérus. Une telle incision est exsangue pour des raisons anatomiques faciles à comprendre.

Si le noyau n'est pas près de la ligne médiane, l'incision utérine sera autant que possible transversale, perpendiculaire au grand axe de l'utérus, et ceci également pour des raisons d'ordre anatomique :

l'artère utérine, dans sa portion marginale, n'émet que des rameaux courts, qui pénètrent dans le corps utérin, perpendiculairement au grand axe de l'organe, et qui ne s'anastomosent pas avec l'artère du côté opposé, ni avec les rameaux sous-jacents émanant de cette même artère.

Dès que le noyau est découvert, facilement reconnaissable par sa coloration, on le saisit au moyen d'une pince

de Museux et on l'énucléé avec la pointe mousse des ciseaux.

« L'énucléation présente des difficultés très variables suivant les cas : certains fibromes sont entourés d'une zone de clivage parfaitement nette permettant de les isoler complètement de leur capsule rien qu'à l'aide des ciseaux courbes; d'autres font corps partout avec le reste du tissu utérin et n'en peuvent être séparés qu'en les sculptant artificiellement. » (Obs. 79 et 94.)

Avant de procéder à la suture de la poche et à la fermeture de l'incision utérine, il faut procéder à l'extraction de tous les myomes en opérant de la même façon; la loge utérine déshabillée par le myome, sera bourrée d'une ou de deux compresses, en attendant d'être suturée. — On se gardera bien de les oublier. — Pendant ce temps, l'involution utérine entre en jeu et la cavité primitivement béante diminue rapidement de grandeur; le muscle utérin revient sur lui-même.

Quand tous les noyaux sont extraits ou quand l'unique noyau est enlevé, avant de procéder à la réparation du muscle utérin, il faut encore s'assurer que la cavité utérine n'a pas été ouverte au cours des différentes manœuvres.

Si la cavité utérine a été ouverte (Obs. 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93), il n'y a pas lieu de s'alarmer, ni de considérer une telle éventualité comme une complication opératoire. Disons tout de suite que la conduite à tenir ultérieurement restera la même.

Pour les fibromes postérieurs, TUFFIER, d'ailleurs, conseillait même de passer de parti pris à travers la cavité

utérine; nous ne croyons pas qu'une telle méthode présente un quelconque avantage sur l'attaque directe du fibrome par la face postérieure de l'utérus. Cependant, il est incontestable que cette ouverture est obligatoire dans certains cas de fibrome; FREUND, le premier, a pratiqué cette ouverture systématique; il fut suivi par RICARD, qui n'ouvrait toutefois la cavité que pour établir un drainage.

Toutes précautions étant prises, pour préserver le champ opératoire de toute inoculation septique, l'ouverture de la cavité utérine n'offre aucun danger. Une compresse abdominale sous l'utérus, une compresse abdominale de chaque côté pour préserver la paroi, nous conseillons même, de pratiquer lors de l'ouverture accidentelle de la cavité, un *curettage rétrograde* de la muqueuse utérine. (Obs. 85, 86, 88, 89, 91.)

Et souvent nous enlevons ainsi, de petits polypes (obs. 85, 89) muqueux ou fibreux, intra-utérins, et appendus au niveau d'une corne, par conséquent difficiles à déloger par un simple curettage trans-cervical par voie vaginale. Le curettage fini, nous écouvillonnons la cavité utérine à la teinture d'iode, puis, nous plaçons une compresse sur la brèche utérine; nous ôtons les compresses abdominales souillées par le curettage, nous nous passons les mains à l'eau et à l'alcool, ou mieux, nous changeons de gants et nous procédons à la suture de la paroi utérine. La suture de l'utérus reste le temps le plus important de toute myomectomie : que la cavité utérine ait été ou non ouverte, elle reste la même.

Elle a été pour nous l'objet d'observations répétées. C'est d'une mauvaise suture, d'une hémostase insuf-

fisante de la tranche utérine que viennent la plupart des complications post-opératoires.

Suturer l'utérus par des points profonds, parfaire cette obturation par un surjet séreux superficiel, ne nous paraît pas toujours suffisant. Nous adjoignons souvent, à cette double hystérorraphie :

- si l'incision utérine est longue, postérieure ou fundique : *une greffe épiploïque libre*;
- si l'incision est antérieure :
une ligamentopexie;

et puis, quelquefois, nous ne fermons pas la cavité abdominale sans placer *un drain dans le Douglas*.

Lorsque la cavité utérine a été ouverte, nous faisons volontiers sur la muqueuse un surjet au catgut fin 0 ou 00, et, avec une autre aiguille, nous plaçons nos points profonds qui restent les mêmes pour toutes nos hystérorraphies. Nous ne faisons pas de points de capitonnage spéciaux.

Les points profonds sont espacés de $\frac{1}{2}$ cm. environ; nous plaçons autant de points séparés que nous le jugeons utile; ils ne sont jamais perforants. Nous nous servons à cet effet, de matériel résorbable : nous employons du catgut n° 2.

Les points sont peu éloignés de la tranche de section (4 à 5 mm), perpendiculaires à la paroi utérine; ils traversent le tissu utérin de chaque côté sur toute la hauteur de la loge au fond de laquelle ils viennent décrire leur anse de réflexion. Ces points ne sont pas noués : chaque chef est repéré par une pince. C'est ensuite que nous menons un surjet au catgut 0 ou 00, séro-séreux, sur toute la longueur de l'incision utérine. Les points

profonds sont seulement alors serrés et noués, sans toutefois trop serrer les fils, ce qui peut provoquer des nécrobioses du tissu utérin, facilement infecté secondairement. Les chefs ne sont points coupés, ils sont deux à deux réunis sur une pince, en attente.

Le péritoine se prête mal souvent à un surjet séro-séreux, et nous nous en abstenons parfois. La suture de la poche étant terminée, il importe avant tout de s'assurer si elle est satisfaisante, c'est-à-dire parfaitement obturatrice et hémostatique.

- A) Si la brèche était courte, si elle n'a exigé que la pose d'un point ou deux, si le surjet séro-séreux a été possible, et si la suture est parfaitement hémostatique, nous croyons que l'on peut être autorisé à juger l'hystérorraphie comme satisfaisante.
- B) Si la suture d'une longue brèche nécessite plusieurs points, si le fibrome était interstitiel ou sous-muqueux, un peu gros, si le surjet séro-séreux a été impossible ou si la suture ne paraît pas hémostatique, nous ne saurions trop conseiller de placer en son contact *une greffe épiploïque libre*. (Obs. 104 à 116.) Pour ce faire, on va à la recherche du grand épiploon et au-dessous d'une ligature, on en prélève un fragment de dimensions proportionnelles à celles de l'incision utérine. Ce fragment libre est placé entre les deux chefs des différents points profonds, noués précédemment sur l'utérus et dont les fils n'ont pas été coupés. Il est assujéti sur toute la longueur de la suture par les fils précédents qu'il suffit de nouer deux à deux. A cette greffe épiploï-

que libre, nous voyons plusieurs avantages : sa mise en place facile, son adhérence rapide (quelques heures) à la plaie utérine qui va favoriser l'hémostase et constituer une barrière à l'infection venue de la cavité utérine, si elle a été ouverte. En outre, cette greffe épiploïque met à l'abri des adhérences intestinales, toujours possibles, à la cicatrice utérine.

- C) Si l'incision a porté sur la face antérieure de l'utérus, si la suture ne paraît pas parfaite, si l'on juge superflue une greffe épiploïque, nous la remplaçons volontiers par *une ligamentopexie à la Doleris*. (Obs. 117 à 131.) Nous voyons à cette façon de faire les mêmes avantages que présente l'épiplooplastie : adhérence rapide à la paroi, hémostase assurée et barrière à l'infection.

Quelle que soit la méthode employée pour suturer le muscle utérin, qu'on ait eu recours ou non à l'épiplooplastie ou à une ligamentopexie, la question du drainage de la cavité abdominale reste entière.

Elle a été souvent agitée. Contrairement à d'autres (GOULLIQUOD), nous croyons inexact de dire que tout drainage est inutile quand la cavité utérine n'a pas été ouverte; et, lorsque nous envisageons la question du drainage, il ne s'agit pour nous que de drainage abdominal.

Plusieurs procédés ont été tour à tour employés : drainage par le col et le vagin, préconisé par TUFFIER, et pratiqué soit par une mèche, soit par un tube de caoutchouc. Drainage vaginal du Douglas, suivant la technique de GOULLIQUOD (Thèse de Benquet). Quant à nous,

nous réservons le drainage abdominal du Douglas aux cas suspects de suintement hémorragique, ou encore, dans certains cas d'ouverture de la cavité utérine. Une fois nous avons placé un drain dans l'utérus sortant par le col. (Obs. 93.)

Voici la règle de conduite que nous adoptons et que nous conseillons :

- 1° La suture ne suinte pas du tout, le noyau fibromateux était petit ou moyen, et unique; la cavité utérine n'a pas été ouverte :

Nous fermons sans drainage.

- 2° La suture suinte, le noyau unique était petit; malgré une épiplooplastie ou une ligamentopexie :

Nous mettons un drain dans le Douglas.

- 3° Le noyau fibromateux était volumineux, ou il y avait plusieurs gros noyaux; la cavité utérine n'a pas été ouverte, mais malgré une épiplooplastie faite sur chaque suture, il existe un léger suintement sanglant :

Nous mettons dans le Douglas un drain gros comme le pouce.

- 4° La cavité utérine a été ouverte : nous conseillons de faire toujours une épiplooplastie et de mettre un drain dans le Douglas.

Si l'hémorragie est très abondante, il faut pas hésiter à faire une hystérectomie.

Nous insistons sur le calibre du drain qui doit toujours être gros et qui est assujetti à la peau par un ou deux crins. On peut être amené à faire de l'aspiration par ce drain dans les jours qui suivent l'opération.

Nous n'avons laissé que 2 fois une mèche hémostatique (Obs. 97-99) ; une autre fois, nous avons dû laisser un sac de Mickulicz (Obs. 102).

Si, du fait de l'énucléation d'un gros fibrome, il existe des lambeaux utérins exubérants, plutôt que de pratiquer une résection de l'utérus qui entraîne toujours une hémorragie, nous préférons placer des points en U qui alors capitonnent parfaitement la poche.

La paroi abdominale est fermée comme nous l'avons dit, en prenant toutes précautions utiles, s'il y a un drain. Disons toute de suite que, quoi qu'il en paraisse, la situation du drain ne prédispose pas plus aux éventrations que lorsqu'il est sus-pubien.

SUITES OPÉRATOIRES :

Le jour de l'intervention : diète absolue ; diète hydrique le lendemain, et si la malade ne vomit plus, on autorise anis, bouillon, tisane. On pratique une aspiration quotidienne par le drain, s'il y en a un. Le 3^e jour, injection intra-musculaire d'une ampoule de strychnine ou de produit similaire spécialisé, et ceci 3 jours de suite, pour exciter le péristaltisme intestinal.

Une petite purgation à l'huile de ricin sera donnée le 4^e jour. Le drain est aussi retiré le 4^e jour. Les malades se lèveront le 14^e jour.

La température, en général ne dépasse pas 38°, 38°4.

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES :

Il en est d'inhérentes à la myomectomie. Il en est également qui sont celles de toute laparotomie. Sur les complications des laparotomies, nous n'insisterons pas. Ce

sont les péritonites avec tous les degrés, dues à une inoculation septique venant du dehors ou à une hémorragie interne. Ce sont celles dues à l'oubli de compresses ou de champs abdominaux dans la cavité péritonéale; ce sont les suppurations de paroi, les phlébites, les éventrations.

Il est quelques complications qui sont particulières à la myomectomie et dont il faut la rendre responsable.

L'infection, secondaire à l'ouverture de la cavité utérine, est possible, mais facile à éviter en prenant les précautions que nous avons édictées. Jamais nous ne l'avons vue responsable d'accidents péritonéaux inquiétants. C'est à peine s'il faut signaler quelques légères réactions de péritonisme avec ballonnement et pouls un peu rapide. Mais c'est plutôt du côté de la paroi (Obs. 37) qu'on verrait survenir des suppurations à la faveur d'un hématome pariétal. Nous ne saurions trop dire l'utilité qu'il y a à changer d'aiguille pour fermer les parois et aussi à changer de gants après ouverture de la cavité utérine.

Les hémorragies, secondaires à l'insuffisance de l'hystérorraphie, sont considérées en général comme le danger de la myomectomie. On en a exagéré de tout temps l'importance, à telle enseigne que c'est contre elle que nombre de chirurgiens, autrefois, pratiquaient « l'hémostase préventive ».

MARTIN, qui, le premier, a bien réglé l'énucléation abdominale, préconise d'appliquer à cette opération le procédé de Kleberg, c'est-à-dire l'hémostase par une ligature élastique temporaire, placée le plus près possible du col. DOLÉRIS et POZZI étaient partisans de cette

hémostase temporaire. TÉMOIN, DELBET (1896), TILLIAUX (1897), la pratiquaient aussi en plaçant sur les ligaments larges un clamp flexible. BONNEY, de Londres, a fait dans ce but, construire une pince spéciale à mors arrondis qui enserre le segment inférieur. La pression de ce clamp pouvant, dit-il, énucléer l'utérus par en haut, et ainsi blesser le vagin, il conseille de saisir en même temps dans la pince les ligaments ronds pour éviter que cet accident se produise. Il place, également dans ce but, un clamp sur les ligaments larges.

Nous voyons mal, quant à nous, la possibilité de placer ces clamps, sur un utérus bosselé, et nous jugeons absolument inutile leur emploi. S'il y a hémorragie pendant l'énucléation, elle est toujours minime, mais ce qui est à craindre, c'est l'hémorragie tardive, post-opératoire, qui se manifeste, soit par l'hématocèle rétro-utérine, témoin de petites hémorragies qui se collectent dans le Douglas et qui se révèlent le 12^e jour par un clocher thermique (Obs. 69 et 55) (il s'agissait de cas non drainés) ; soit par une inondation péritonéale, lente, secondaire à une hémorragie grave, avec pouls filant, ballonnement du ventre, et péritonite rapide (Obs. 94 et 131.) C'est contre cette complication que sont dirigés nos efforts de suture utérine. Nous réopérerons qu'en cas de doute sur l'hémostase de la suture, nous plaçons un très gros drain dans le Douglas par lequel, quotidiennement, nous ferons de l'aspiration. Si l'hémorragie est trop inquiétante, c'est à l'hystérectomie qu'il faut demander la thérapeutique de la myomectomie imparfaite.

La blessure de la vessie est toujours possible lors de la décortication de fibrome isthmique. Pour l'éviter, il suffit d'y songer. (Obs. 73.) Si pareil incident arrivait, il faut suturer la vessie en deux plans et mettre une sonde à demeure.

La blessure des trompes peut être réalisée lors de l'énucléation d'un myome des cornes utérines : elle est rare.

Enfin, signalons *les fistulettes de la paroi* après curetage de la cavité utérine et qui donnent un écoulement sanglant au moment des règles. La malade de notre observation (Obs. 93) a eu, au moment de ses règles, pendant 3 mois, un léger suintement hémorragique par un orifice fistuleux au niveau de la cicatrice abdominale. Il s'agissait peut-être d'un *endométriome*. La preuve n'en a pas été faite. L'écoulement s'est tari au bout de trois mois. GUILLOUD a vu une fois, lui aussi, une fistulette de la paroi, laisser échapper du sang aux règles.

La phlébite doit être exceptionnelle. Nous n'en avons vu aucune survenir, bien que nos malades ne soient pas préparées, comme certains le font, par une cure de citrate de soude. Différents auteurs, que la question de la myomectomie intéresse, signalent, eux aussi, cette absence de phlébite, sans pouvoir en donner l'explication. C'est là un avantage de la myomectomie sur l'hystérectomie qui est plus souvent embolisante.

Les petites embolies sont rares, nous en avons vu deux cas (Obs. 123 et 128), au cours de myomectomie avec ligamentopexie. Nous les croyons beaucoup plus secondaires à la ligamentopexie qu'à la myomectomie.

CONTRE-INDICATIONS.

Nous ne voyons guère de contre-indications à la myomectomie. Celles-ci ne sont faites que de l'impossibilité de sa réalisation, du fait de la trop grande multiplicité des noyaux ou de leur trop gros volume. Ce sont là des cas d'espèce.

Toutefois, il faut s'abstenir d'énucléer les fibromes mous (Obs. 94), comme ceux qui n'ont pas de capsule propre et préférer toujours dans ces cas une hystérectomie.

CHAPITRE III

MYOMECTOMIES

AU COURS DE LA GROSSESSE

DÉFINITION.

La myomectomie permet l'évolution de la grossesse et l'accouchement à terme sans complications. Quoique les gestations compliquées de fibromes se déroulent généralement sans incidents, il n'en est pas moins vrai que l'avenir de la mère et celui du fœtus sont parfois menacés aussi bien pendant la grossesse que pendant la parturition. En cas de grossesse troublée par la présence d'un fibrome, on n'attendra pas que l'état général soit manifestement atteint pour intervenir. L'expectation trop prolongée compromet le succès opératoire et surtout la grossesse. Elle permet rarement d'être conservatrice. Notre opinion en toute cette matière est celle qui émane de travaux récents.

INDICATIONS.

Les indications de la myomectomie pendant la grossesse, étudiées par BRINDEAU au VI^e Congrès de Gynécologie et Obstétrique de Langue Française (Bruxelles, 1929) sont indiscutables.

Sous l'influence de la grossesse, le fibrome s'hypertrophie, se ramollit, se déplace. Le noyau myomateux subit le sort de l'utérus gravide, il augmente de volume et peut parfois devenir énorme. Cette hypertrophie

s'observe surtout dans les premiers mois (1, 2, 3). Les plus modifiés sont les fibromes interstitiels. Au début de la grossesse les fibromes gardent leur consistance, ils sont durs et se sentent facilement ; puis l'imbibition gagne peu à peu les noyaux myomateux avec maximum vers le 5^e mois.

Le fibrome peut aussi subir un déplacement.

Si au cours de l'évolution de la grossesse une tumeur fibreuse vient occuper une situation anormale : enclavement d'un fibrome pédiculé du corps ; rétroversion de l'utérus et enclavement d'un fibrome du fond, on doit rejeter toutes les manœuvres obstétricales consistant à réduire les vices de position. Ce sont des pratiques dangereuses, traumatisantes, le fibrome doit être opéré. Il en est de même, si la situation qu'il occupe fait prévoir qu'il sera un obstacle à peu près sûr à l'accouchement.

Mais si la grossesse se déroule normalement et si l'ablation de la tumeur qui crée la dystocie paraît difficile et menaçante pour le fœtus, ou si des accidents surviennent à une époque avancée de la grossesse, on opérera à terme, avant le travail : pratiquant une Césarienne, suivie de myomectomie, si elle est possible, d'hystérectomie dans le cas contraire.

Cependant les complications sont rares : qu'il s'agisse d'hypertrophie très marquée avec gêne respiratoire ou compression des uretères ; de nécrose aseptique, avec douleurs vives, troubles généraux, vomissements, élévation de température, pouvant aller jusqu'au ramollissement pseudo-caséux ; ou quelquefois de torsion du pédicule.

Les accoucheurs attendent généralement les complications pour intervenir.

On opérera d'autant plus vite lorsqu'il y aura :

- des troubles de compression,
- un accroissement rapide,
- la torsion d'un fibrome pédiculé ou la torsion axiale de l'utérus,
- les nécrobioses aseptiques,
- les infections dues au fibrome avec ou sans réactions péritonéales.
- une rétroversion.
- des hémorragies.

MYOMECTOMIES PROPREMENT DITES PENDANT LA GROSSESSE.

La technique opératoire ne diffère en aucune façon des myomectomies pratiquées en dehors de la grossesse. Toutefois, on administrera à la malade avant l'intervention de 3 à 5 centigrammes de morphine par 24 heures, dose qu'on n'hésitera pas à prolonger pendant 4 ou 5 jours, de façon à mettre l'opérée à l'abri de tout accouchement prématuré.

« La crainte de l'hémorragie n'est pas justifiée. Si on suit le bon plan de clivage, en incisant toute l'épaisseur de la capsule, l'hémorragie est relativement faible pendant le temps que dure l'énucléation. Quand le fibrome a été extirpé, la plaie utérine peut saigner abondamment comme une plaie de Césarienne, il est rare que cette hémorragie ne puisse être arrêtée » (Brindeau).

Nous comptons cependant un cas de mort dans de semblables conditions. (Obs. 133.)

SUITES OPÉRATOIRES.

Elles sont simples et banales, à la condition de donner de l'opium à la malade. La grossesse continue à évoluer sans accidents fâcheux. Il en a été ainsi pour 4 de nos opérées. (Obs. 132, 134, 135 et 136.)

MYOMECTOMIES PENDANT LE TRAVAIL.

Les fibromes abdominaux sont considérés comme non dystociques mais ils peuvent, en déplaçant l'utérus, provoquer une présentation vicieuse; certains myomes enclavés peuvent remonter et permettre l'accouchement. Il faudra, en conséquence, attendre l'épreuve du travail.

En tout cas, on ne fera pas de myomectomie si la femme est infectée.

D'une façon générale, la myomectomie doit se pratiquer rarement pendant le travail. Il vaut mieux pratiquer une césarienne. Les suites de couche amèneraient, --pour certains, — une réduction du fibrome.

TROISIEME PARTIE

SUITES OPÉRATOIRES
DES MYOMECTOMIES

SUITES OPERATOIRES DES MYOMECTOMIES

— Nous allons étudier analytiquement les suites de nos interventions. Elles vont prouver que la myomectomie n'est pas une opération plus dangereuse que l'hystérectomie subtotalé.

AU POINT DE VUE MORTALITÉ.

Nous comptons parmi nos 136 opérées : deux morts. Soit 1,48 % de décès. D'autre part, nous relevons dans la statistique personnelle du D^r LEURET, tant dans son service hospitalier que dans sa clientèle privée, depuis l'après-guerre, 1.347 malades opérées pour fibromes avec

804 hyst. subt. pour fibrome	et	20 décès, soit 2,3 %
90 hyst. totales	— et	3 décès, soit 3,3 %
317 hyst. vaginales	— et	5 décès, soit 1,57 %
136 myomectomies	— et	2 décès, soit 1,48 %

Au total :

1.347 opérations pour fibrome et 30 décès, soit 2,22 %

Si nous la rapprochons de la statistique de MAYO, nous voyons que ses résultats sont à peu près analogues :

900 hyst. subt. pour fibrome	et	23 décès, soit 2,5 %
66 hyst. totales	— et	2 décès, soit 3 %
77 hyst. vaginales	— et	3 décès, soit 2,75 %
227 myomectomies	— et	3 décès, soit 1,32 %

Au total :

1.244 opérations pour fibrome et 30 décès, soit 2,3 %

GILIS. en 1923, publiait également ses résultats avec

1.004 hystérectomies pour fibrome et 1,19 % de décès.
173 myomectomies pour fibrome et 1,7 % de décès.

Aux détracteurs de la myomectomie, nous présentons ces résultats. Ce sont des chiffres, ils valent ce que valent toutes les statistiques.

LES SUITES IMMÉDIATES.

Les suites immédiates des myomectomies ne sont pas dans tous les cas semblables à elles-mêmes, et c'est un des reproches qu'on puisse faire à la méthode : il n'y a pas d'uniformité.

Pour les myomectomies vaginales,
cet argument a peu de valeur.

Les myomectomies vaginales simples, pour fibrome facile, sans ouverture du péritoine, ont toujours des suites banales. Les myomectomies avec colpotomie peuvent se compliquer d'un petit épanchement péri-utérin ou s'accompagner d'une légère infection pelvienne (Obs. 30). Nous ne connaissons pas de cas qui nous ait donné de réels ennuis.

Pour les myomectomies abdominales,

les suites sont aussi simples. Quoi qu'on en ait dit, la myomectomie n'est pas plus dangereuse qu'une hystérectomie subtotale, à la condition qu'elle soit correctement faite.

Si nous comparons, en effet, les courbes de température de nos hystérectomies et celles de nos myomectomies, nous voyons qu'après nos hystérectomies, la température s'élève rarement au-dessus de 38°, 38°4, et l'opérée a des émissions de gaz dès le 2^e jour. Le 4^e jour, la malade est apyrétique.

La compulsion des courbes de température des myomectomies montre qu'elle est aussi immuable dans ses

suites immédiates. La plupart du temps, drainées ou non, mais pratiquées suivant les principes que nous avons émis, les myomectomies, chez nos opérées, ont des suites faciles; la température ne s'élève que rarement au-dessus de $38^{\circ}4$, les émissions de gaz sont rapides (dès le 2^e jour). La comparaison de quelques courbes thermiques est éloquente (Obs. 104, 106, 114, 98, 101, 118, 119, 117, 121, 129, 130, 49, 57, 61, 72, 83, 85, 86, 91, 65).

Dans quelques cas cependant, nous devons reconnaître que si la température s'est élevée dès le lendemain à $38^{\circ}5$ ou 39° , le pouls est souvent un peu rapide, le ventre un peu ballonné, la malade un peu choquée : tous phénomènes de réaction péritonéale dont nous rendons responsable une petite hémorragie intra-péritonéale et qui s'arrangent en 24 heures, sans séquelles. Ils ne nous inquiètent jamais. Et depuis que nous mettons un drain dans le Douglas de nos opérées, que nous suspectons de suinter, nous n'avons plus guère observé de semblables mécomptes. En tous cas, s'il en était ainsi, de la glace sur le ventre, pendant 24 heures, supprimerait tous ces phénomènes inquiétants (Obs. 60, 96, 112 et 115).

Toutefois, chez deux de nos malades, le ventre fut re-fermé, et bien que drainé, pour une tranche utérine saignant franchement, les suites ne furent pas simples (Obs. 94 et Obs. 131). La première de nos malades a présenté des phénomènes péritonéaux qui faillirent mal tourner : pouls rapide, météorisme, vomissements, dissociation thermique. La digitaline à haute dose (1 milligr. intra-musculaire en 24 heures), le chlorure de sodium intra-veineux (20 cc. toutes les 3 heures à 20 %) le goutte-à-goutte rectal, la glace sur le ventre, la diète

absolue sont venus à bout des phénomènes alarmants.

Il n'en a, malheureusement pas été de même pour notre seconde opérée. Le ventre fut fermé, avec un drain dans le Douglas, alors qu'il existait un suintement très franc de la suture utérine, l'hémorragie intra-péritonéale fut telle que malgré une thérapeutique héroïque notre malade est morte dans l'algidité le 6^e jour. Il n'y avait pas eu de greffe épiploïque. Nous rendons responsable le suintement hémorragique de la tranche utérine mal suturée, des différents déboires que nous avons eus.

C'est encore l'hémorragie, comme nous l'avons déjà signalé, que nous accusons des petites complications survenues chez quelques-unes de nos opérées, vers le 12^e jour, se traduisant par une ascension de la température et une petite collection du Douglas. Elle ne nécessite pas toujours une colpotomie (Obs. 55, 69, 111, 47, 90).

Ce sont là les seuls ennuis de la myomectomie. Nous saurons les éviter dorénavant. Et nous n'hésitons pas à répéter que nous ne fermons le ventre sans drainage que lorsque la tranche utérine ne saigne pas. Si par hasard, il y a un peu de sang qui suinte, nous mettons un gros drain dans le Douglas.

Si l'hémorragie est plus inquiétante et ne paraît pas vouloir se tarir malgré un tamponnement de quelques minutes, nous n'hésitons pas à faire une hystérectomie.

Et puis, nous avons remarqué que les fibromes mous, qui se clivent mal, sont beaucoup plus facilement hémorragiques que les autres. En leur présence, nous n'essayerons plus de faire de myomectomie, nous lui substituerons l'hystérectomie. Nous croyons également dangereux de sculpter un myome aux ciseaux dans le tissu utérin.

SUITES TARDIVES DES MYOMECTOMIES.

Dans ses suites tardives, la myomectomie a ses inconvénients largement compensés par ses avantages.

Inconvénients :

Le gros inconvénient de la myomectomie, c'est de ne pas mettre à l'abri des récidives. Elles ne sont pas douteuses, mais elles sont très tardives, et si elles se produisent, elles laissent en moyenne une dizaine d'années de vie génitale normale.

Il est difficile de faire une enquête rétrospective. Ou bien les malades ont donné une adresse où elles sont inconnues ; ou bien elles ont été mécontentes de leurs chirurgiens ; elles veulent l'ignorer et vont consulter ailleurs.

Quoi qu'il en soit, nous avons des nouvelles d'une centaine de malades : nous avons compté 4 récidives. Ce sont les malades de nos observations 54, 43, 32 et 13.

soit 2,9 % ;

et deux fois il s'agissait de myomectomies pour fibrome pédiculé.

Dans la littérature médicale :

MAYO a	2,50 %	de récidives
TÉMOIN a	3,83 %	—
GOUILLOUD a	8,33 %	—
GILIS a	10 %	—
KELLER a	14 %	—

Voilà des chiffres disparates. Ces écarts sont en rapport avec le laps de temps écoulé depuis l'opération : c'est que les récidives sont tardives. Une statistique de

plusieurs décades est fatalement plus riche que celle qui porte sur une seule période de 10 ans. Permettre à des femmes de mener une vie régulière pendant une dizaine d'années, voilà toute notre ambition et notre tendance. Cela ne vaut-il pas la peine de l'exposer à un inconvénient, bien minime en soi : celui d'une nouvelle opération. Et cette nouvelle opération ne s'applique pas à tous les cas : qui dit récidive, ne dit pas fatalement réintervention. Les récidives des myomectomies surviennent chez des femmes près de la ménopause, et elles sont justiciables des rayons X, de la radiumthérapie, quelquefois du bistouri. Nous n'avons réopéré que deux malades, soit 1.47 %. GILIS, sur 167 myomectomies, n'a fait par la suite, que 5 hystérectomies, soit 3 %.

Nous considérons ces inconvénients comme beaucoup moins graves que ceux auxquels expose l'hystérectomie : hypertension artérielle, obésité, troubles mentaux, bouffées de chaleur, sans compter les effets moraux que peuvent avoir la castration. Nous comprenons mal, d'ailleurs, la raison pour laquelle les gynécologues enlèvent, en général, si facilement les ovaires de leurs malades, alors que lorsqu'il s'agit d'une castration double chez l'homme, l'événement prend, dans tout un service, des proportions énormes. Les conséquences sont les mêmes. Nous ne comprenons pas pourquoi tant de différence.

On a encore reproché à la myomectomie (KELLER, de Strasbourg) de favoriser les adhérences de l'utérus à l'intestin, et de provoquer des douleurs et des occlusions ; cet argument ne tient guère si la technique que nous proposons est mise en œuvre : péritonisation soignée ou greffe épiploïque libre. Il est vrai que cet auteur signale.

dans sa statistique, 10 % de mortalité et 14 % de récidives. Il est seul à obtenir de semblables résultats.

Avantages.

Les avantages sont incontestables et indiscutables. Nous ne croyons pas, d'ailleurs, qu'on veuille nous les discuter.

Au cours de notre enquête, nous nous sommes informés, auprès de nos opérées de leur état de *santé général* et de leurs *règles*, en abondance et en durée.

Nous avons, à part quelques exceptions, vu les malades enchantées de leur intervention, qui continuent à vaquer à leurs occupations sans se soucier de leur opération (Obs. 1, 15, 29, 38, 83, 99, 107, 114, 116, 127, 132, 136).

Les règles sont régulières, la plupart du temps non douloureuses, quelque fois un peu abondantes, sans caillots, durant de 3 à 5 jours en moyenne, et sans pertes entre temps (Obs. 22, 32, 34, 71).

Dans 80 % des cas, les règles sont normales (Obs. 11, 51, 56, 58, 60, 65, 79, 80, 83, 87, 88, 91, 108, etc...) ; nous sommes, sur ce point, en complet accord avec GILIS, de Londres.

Nous avons examiné d'anciennes opérées : l'utérus est un peu gros (Obs. 12, 13, 32, 40, 80, 109), en général bien mobile et non douloureux. Une fois nous avons trouvé (Obs. 104), dans le Douglas, une petite masse douloureuse : il semble bien qu'il s'agit d'une greffe épiploïque sur un utérus rétroversé.

Disons enfin, qu'aucune de nos malades, même drainées, n'est venue nous voir avec une éventration, et ceci

pour tranquilliser ceux qu'aurait pu effrayer notre façon de placer le drain abdominal comme celle de fermer la paroi par surjet aller et retour.

Quant au point de vue *grossesse*, nous avons dit déjà que ce n'est pas là le seul but de notre intervention. Nous avons été moins favorisé, semble-t-il, que la plupart des auteurs qui, jusqu'à ce jour, ont publié leurs statistiques.

GOULLIoud a noté sur 74 myomectomies 5 grossesses, soit 8 % ; mais, ajoute-t-il, 40 seules étaient mariées et 14 avaient dépassé 40 ans.

CHIFOLIAU, lui, estime les chances de grossesse à 10 %. Nous avons été moins heureux, nous ne comptons seulement que 3 grossesses (Obs. 136, 25, 56), soit 2,18 p. 100).

Nous croyons que l'état social de nos opérées, seul, les empêche d'avoir des enfants : nous ne connaissons pas celles qui ne font rien pour en avoir, mais nous en savons qui, enceintes, se firent avorter (Obs. 70, 135). Nous n'avons pas noté de troubles pendant la grossesse. Les fausses couches sont signalées comme possibles : une de nos malades a accouché prématurément, à 7 mois (Obs. 136). Les accouchements sont souvent faciles, sans anomalies pendant le travail. GOULLIoud signale cependant avoir eu 3 cas de rupture utérine.

Nous comptons, parmi nos malades, des femmes encore jeunes, qui, — espérons-le, — auront des enfants.

QUATRIEME PARTIE

OBSERVATIONS

MYOMECTOMIES VAGINALES

1° Polypectomies vaginales.

OBSERVATION 1. — Mme Ch... Georgette, 33 ans.

Vient consulter pour métrorragies.

Examen : Gros polype fibreux, volume d'une mandarine, accouché par le col.

Intervention : Février 1929. Torsion du polype. Inversion utérine. Grosse hémorragie. Hystérectomie vaginale. Plaie vésicale, suture de la brèche. Trois clamps, quatre mèches.

Suites : Phlébite.

Actuellement : Va très bien.

OBSERVATION 2. — Mme Ch... Berthe, 46 ans.

Intervention : D^r Leuret, mai 1919.

Fibrome intra-utérin à demi-sphacélé. Myomectomie vaginale.

L'utérus est laissé.

OBSERVATION 3. — Mme Cr..., 67 ans.

Métrorragies.

Intervention : D^r Leuret, 5 janvier 1928. Polype de l'utérus ou plutôt gros fibrome en train d'accoucher, demi-sphacélé. Ablation par fragments et curettage.

Suites : Banales.

OBSERVATION 4. — Mme Gau... Delphine, 63 ans.

Vient consulter pour fibrome gangréné de l'utérus.

Les premiers accidents remontent à un an.

Intervention : D^r Leuret, octobre 1919. Ablation et curettage. Il reste des fibromes non sphacelés dans l'utérus. Myomectomie vaginale.

OBSERVATION 5. — Mme Gou... Sylvie, 48 ans.

Fibrome pédiculé sortant à travers le col.

Intervention : Octobre 1918. Myomectomie vaginale difficile par morcellement, sans incision du col.

OBSERVATION 6. — Mme G... Léontine, 50 ans.

Fibrome du volume d'une tête d'enfant, sortant par le col.

Intervention : D^r Leuret, juin 1919. Voie vaginale, ablation par morcellement. Utérus petit, laissé.

OBSERVATION 7. — Mme Gr... Joséphine, 45 ans.

Vient consulter pour pertes hémorragiques depuis 2 ans.

Examen : Toucher vaginal : énorme polype en partie accouché par le col qui est largement dilaté. Femme pâle, anémique et obèse.

Intervention : 28 juillet 1928. Ablation d'un polype du volume d'une petite orange par voie vaginale, dont le pédicule s'implante immédiatement au-dessus de l'isthme. Simple torsion.

Suites : Simples.

OBSERVATION 8. — Mme He...

Vient consulter pour énorme fibrome.

Intervention : Juillet 1930.

Ablation du fibrome par voie vaginale. Morcellement.

OBSERVATION 9. — Mme J...

Vient consulter pour gros fibrome.

Intervention : D^r Leuret, février 1927. Ablation du fibrome à moitié accouché dans le col. Myomectomie vaginale.

Suites : Simples.

OBSERVATION 10. — Mme Le..., 50 ans.

Fibrome du volume du poing, saillant dans le vagin, saignant abondamment.

Intervention : D^r Leuret, 1^{er} octobre 1919. Ablation du fibrome par voie vaginale. Torsion.

OBSERVATION 11. — Mme Le... Celina, 46 ans.

Depuis deux ans, pertes rouges abondantes, presque continues.

Examen : A la palpation, tumeur sus-pubienne remontant jusqu'à l'ombilic. TV : Tumeur intra-vaginale, occupant tout le petit bassin. — 4 enfants.

Intervention : Dr Leuret, 14 décembre 1922. Myomectomie vaginale d'un fibrome de 3 kilos, accouché par morcellement. L'intervention terminée, le col apparaît punctiforme.

Actuellement : Santé parfaite, règles d'abondance normale, durant 4 jours, jusqu'en 1928. Depuis, ménopause.

OBSERVATION 12. — Mme Me... Lucie, 45 ans.

Métrorragies abondantes avec caillots. Leucorrhée abondante. Tendance syncopale. Douleurs lombaires.

Examen : Gros polype fibromateux, occupant toute la cavité vaginale.

Intervention : 3 janvier 1924. Myomectomie vaginale. Polype fibreux du volume d'une tête de fœtus, développé aux dépens de la lèvre antérieure du col. Ablation par morcellement. Col volumineux. Tamponnement vaginal.

Suites : Normales.

Sortie le 14 janvier. Plus de pertes. A l'examen : gros col, corps utérin un peu gros, mobile. Culs-de-sac souples et non douloureux.

OBSERVATION 13. — Mme Pe..., 31 ans.

Fibrome accouché dans le vagin.

Intervention : Dr Leuret, avril 1913. Voie vaginale. Ablation par torsion.

En novembre 1920. Col gros, utérus rétrofléchi, adhérent, corps gros.

OBSERVATION 14. — Mme Ma... Blanche, 42 ans.

Gros polype intra-utérin du volume du poing.

Intervention : Dr Leuret, août 1910. Ablation par voie vaginale. Incision du col de chaque côté et morcellement.

2° Myomectomies vaginales par colpotomie postérieure.

OBSERVATION 15. — Mme Al..., 36 ans.

Depuis un an, règles de plus en plus abondantes. Deux enfants : le premier a 7 ans : déchirure du périnée et curettage; le second a 2 ans 1/2 : délivrance artificielle. Prolapsus utérin partiel avec masse postérieure.

Intervention : D^r Leuret, 8 mai 1930. Par voie vaginale. Incision du cul-de-sac postérieur, incision du tissu utérin sur la tumeur (volume du poing). Morcellement du fibrome. Suture de l'utérus, suture du cul-de-sac sauf le passage du drain. Colpo-périnéorraphie.

Mai 1931 : Va très bien.

OBSERVATION 16. — Mme Bh..., 35 ans.

Femme élégante ne voulant pas de cicatrice, ni d'hystérectomie.

Examen : Fibrome du volume du poing, semblant pédiculé en arrière.

Intervention : D^r Leuret, octobre 1925. Colpotomie postérieure. Myomectomie vaginale par morcellement du fibrome qui est très dur. Enucléation d'un second fibrome du fond, du volume d'une noix. Deux mèches dans le cul-de-sac, tamponnant la face postérieure de l'utérus.

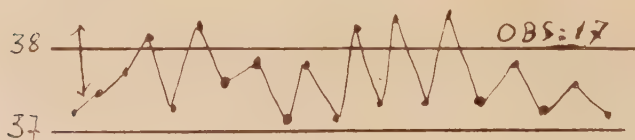
Suites : Banales. Mèches retirées le 4^e jour. La malade se lève le 8^e jour.

OBSERVATION 17. — Mme Bi..., 35 ans.

Gros fibrome pédiculé du volume d'une tête d'enfant. Mariée depuis 12 ans, pas d'enfant. Désirant grossesse.

Intervention : D^r Leuret, 15 mai 1931. Myomectomie vaginale facile. Colpotomie postérieure. Le fibrome est dur et se morcelle facilement. Incision de la face postérieure de l'utérus sur laquelle le fibrome a une large implantation. Une mèche de précaution.

Suites : Simples. Courbe :



OBSERVATION 18. — Mme Bl... Charlotte, 40 ans.

Ménorragies. Règles très abondantes depuis 7 à 8 ans. T.A. : 22.

Examen : Gros fibrome enclavé dans le Douglas. Rien aux annexes.

Intervention : D^r Leuret, 8 mai 1930. TA : 17 1/2-11. Colpotomie postérieure. Morcellement de la tumeur utérine. Curettage de la cavité après excision du fond. Clamps sur les pédicules utéro-ovariens.

Suites : Ablation des clamps le 4^e jour. Suites non fébriles. Le 15^e jour : petit embolus. Sortie le 21^e jour en bon état.

En juin 1930 : Mort : hémorragie cérébrale.

OBSERVATION 19. — Mme Ch..., 48 ans.

Troubles de la ménopause. Retard de règles et bouffées de chaleur.

Examen : Fibrome calcifié du volume d'un gros poing dans le cul-de-cac postérieur. — Un enfant, pas de fausse couche.

Intervention : 3 juillet 1921. D^r Leuret. Myomectomie vaginale par colpotomie postérieure. Morcellement en s'attaquant directement au fibrome.

Suites : Guérison simple.

OBSERVATION 20. — Mme Fe... Catherine, 57 ans.

Pertes blanches abondantes. Règles abondantes : 5 jours. Douleur pelvienne depuis longtemps. — 4 enfants.

Examen : Petit noyau fibromateux sur la face postérieure de l'isthme.

Intervention : le 11 juillet 1929. Col attiré par deux pinces de Museux. Incision du cul-de-sac vaginal postérieur. Myomectomie vaginale par hystérotomie médiane postérieure. Décortication aux ciseaux courbes d'un petit noyau du volume d'une prune. Deux points et trois mèches.

Suites : Simples. Hystérectomisée par la suite pour prolapsus.

OBSERVATION 21. — Mme Bu... Marguerite, 28 ans.

Fibrome développé dans la cloison recto-vaginale.

Intervention : Janvier 1909. Laparotomie : tumeur du volume d'une tête de fœtus, sous-péritonéale. Utérus antérieur, annexes saines. Rectum sain mais comprimé. Colpotomie postérieure : on se trouve en présence d'un fibrome développé dans la cloison recto-

vaginale, paraissant indépendant de l'utérus, mais partant probablement de la face postérieure. Myomectomie vaginale et tamponnement iodoformé par voie vaginale.

3° Myomectomies trans-vaginales avec ou sans colpotomie.

OBSERVATION 22. — Mme Be... Jeanne, 40 ans.

Métrorragie depuis 1927. Pas de douleurs. Un enfant.

Examen : TV : Noyau fibromateux de l'isthme et de la lèvres antérieure du col, du volume d'un œuf de poule. Fond de l'utérus normal. Pas de lésions annexielles.

Intervention : 28 mars 1928. Myomectomie vaginale facile, sans ouverture des culs-de-sac péritonéaux, par hystérotomie médiane antérieure.

Actuellement : Règles irrégulières, non douloureuses, durant huit jours, abondantes.

OBSERVATION 23. — Mme Ca... Emilienne, 47 ans.

Fibrome saillant dans le vagin.

Intervention : D^r Leuret, février 1910. Voie vaginale. Ablation du fibrome, du volume d'un œuf de pigeon, après incision du col.

OBSERVATION 24. — Mme Ei... Julienne, 34 ans.

Fibrome du volume de deux poings. Métrorragies. Deux enfants.

Intervention : D^r Leuret, mai 1911. Incision de la lèvres antérieure du col et myomectomie vaginale. Bourrage de la cavité.

OBSERVATION 25. — Mme Hu...

Métrorragies abondantes.

Examen : Tumeur volumineuse de la lèvres antérieure du col, du volume du poing et saignant facilement.

Intervention : 13 avril 1923. Myomectomie vaginale. Ablation assez laborieuse; la tumeur se décortiquant mal et s'insinuant près de la vessie. Mèches.

Suites : Normales.

Actuellement : Bon état. A eu un enfant; grossesse et accouchement sans incidents.

OBSERVATION 26. — Mme Ma..., 53 ans.

Intervention : Novembre 1908. Myomectomie vaginale. Fibrome sous-muqueux du volume d'une tête de fœtus faisant saillie à travers le col. Extraction par morcellement. L'utérus est laissé avec un petit fibrome sur la face antérieure.

OBSERVATION 27. — Mme Me... Léontine, 47 ans.

Intervention : D^r Leuret, mars 1909. Curettage pour métrite hémorragique. Ablation d'un petit fibrome de la paroi gauche du col.

OBSERVATION 28. — Mme Ri...

Gros fibrome du volume d'une orange, sortant en partie par le col.

Intervention : D^r Leuret, 18 juin 1928. Voie vaginale. Après incision du col, myomectomie et énucléation avec les ciseaux. Tamponnement.

OBSERVATION 29. — Mme Po..., 32 ans.

Depuis 18 mois, règles très abondantes, durant 48 heures, non douloureuses. Un enfant de 4 ans.

Examen : Petit fibrome antérieur.

Intervention : 21 février 1929. Incision sur la face antérieure du col et du corps utérin par voie vaginale, poussée, après ouverture du péritoine, jusque près du fond utérin. Enucléation d'un fibrome sous-muqueux qui se trouve dans la paroi postérieure. Après cette myomectomie vaginale, fermeture de la brèche par points séparés au catgut.

Suites : Simples, sans incidents. Sortie le 9 mars.

Actuellement : Va très bien. Utérus de volume normal. A eu en mars 1930, une petite perte entre les règles.

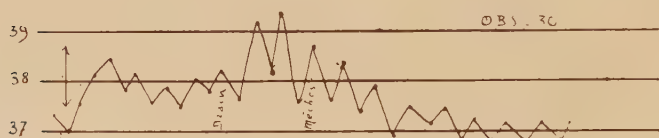
OBSERVATION 30. — Mme Qu... Lucie, 41 ans.

Opérée en 1923 par le Dr Leuret : Cholécytite. Douleurs lombaires depuis 6 mois. Règles régulières, mais 10-12 jours après les règles, métrorragies à plusieurs reprises. Mariée, une fille de 19 ans.

Examen : Petit fibrome antérieur droit, utérus un peu antéfléchi et petit fibrome sur la vessie.

Intervention : Dr Theillier, 15 octobre 1931. Myomectomie vaginale (noix) après colpotomie antérieure et postérieure. Noyau fibromateux du volume d'une mandarine sur le fond. Une mèche dans le cul-de-sac antérieur. Un drain dans le Douglas.

Suites : Température oscillante à la suite de l'ablation des mèches. Courbe :



MYOMECTOMIES ABDOMINALES

1° Myomectomies pour fibromes pédiculés.

OBSERVATION 31. — Mme Be..., 44 ans.

Intervention : D^r Leuret, août 1911. Myomectomie. Très gros fibrome pédiculé de la corne utérine droite. Le pédicule est tordu et le fibrome très ramolli. Un tout petit fibrome de la face postérieure est enlevé. L'utérus et les annexes gauches sont laissés. Fermeture sans drainage.

OBSERVATION 32. — Mme Bi... Marthe, 41 ans.

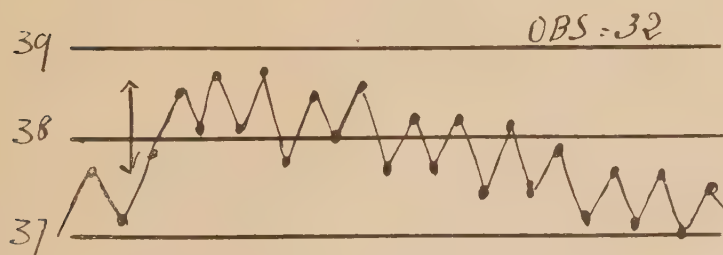
Mariée, pas d'enfants, pas de fausses couches. Métrorragies abondantes au moment des règles.

Examen : Gros fibrome du fond, développé surtout à droite.

Intervention : D^r Leuret, 26 mai 1930. Myomectomie d'un fibrome fundique pédiculé de la grosseur du poing. Epiplooplastie. Fermeture sans drainage.

Suites : Banales.

Actuellement : Règles 3 jours, assez abondantes. Corps utérin reste gros. Courbe :



OBSERVATION 33. — Mme De... Aimée, 46 ans.

Depuis deux mois, ménorragies abondantes avec caillots. Auparavant bien réglée.

Examen : TV : Col normal, petit, corps gros, dans le Douglas, et petit noyau dur dans le cul-de-sac gauche. Rien aux annexes. Diagnostic : Fibrome.

Intervention : Dr Theillier, 7 avril 1930. Laparotomie : Myomectomie. Fibrome pédiculé du fond utérin et ablation d'un noyau gros comme une noix au niveau de la face postérieure et gauche. Fermeture sans drainage.

Suites : Simples.

Sortie le 26 avril. Très bon état. Utérus en antéversion, mobile, indolore, volume normal. A eu ses règles le 9 mai.

OBSERVATION 34. — Mme Gu... Anna, 32 ans.

Douleurs pelviennes depuis trois ans. Règles régulières, pas de métrorragies, durée 8 jours depuis deux ans.

Examen : Gros fibrome remontant au-dessus de l'ombilic.

Intervention : Dr Leuret, 12 février 1922. Laparotomie. Gros fibrome pédiculé. Ligature du pédicule et épiplooplastie. Pas de drain.

Suites : Banales.

Actuellement : Règles régulières, 5-6 jours, très abondantes, non douloureuses. Pas mariée, pas d'enfant.

OBSERVATION 35. — Mme La... Emilienne, 36 ans.

Tuméfaction sus-pubienne. Pas de modification des règles.

Examen : Utérus du volume d'une tête d'enfant, développé surtout à gauche. Tumeur très mobile et à contour bien limité.

Intervention : Dr Leuret, 23 décembre 1919. Laparotomie. Trois fibromes pédiculés (œuf de dindé, de pigeon, tête de nouveau-né). Myomectomie. Trois fibromes pédiculés sur l'origine de la trompe, petit fibrome qui entraîne l'ablation des annexes correspondantes. Fermeture sans drainage.

Suites : Simples.

Sortie le 16 janvier 1920.

OBSERVATION 36. — Mme Le...

Intervention : Dr Leuret, 17 juillet 1919. Laparotomie. Fibrome du volume d'un œuf, pédiculé, sur le fond de l'utérus. Ablation avec des ciseaux. Utérus laissé.

OBSERVATION 37. — Mme Le... Germaine, 33 ans.

Douleurs pelviennes. Règles douloureuses.

Examen : Gros utérus avec masse arrondie dans le cul-de-sac droit.

Intervention : D^r Busser, 3 novembre 1928. Laparotomie. Fibrome pédiculé du fond utérin et petit fibrome sessile de la face postérieure. Myomectomie et suture par points en X. Fermeture sans drainage.

Suites : Suppuration de la paroi.

Actuellement : Règles irrégulières, abondantes. Ni enfant ni fausse couche.

OBSERVATION 38. — Mme Ma..., 40 ans.

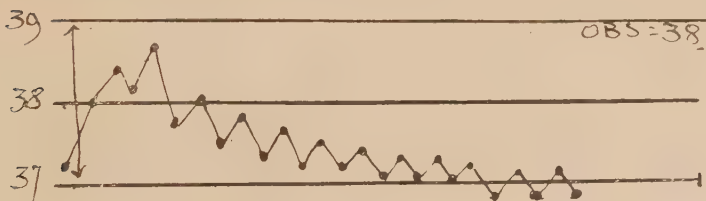
Fibrome qui a été irradié, ne perd plus, mais douleurs.

Examen : Fibrome gros comme le poing reporté à droite.

Intervention : 18 février 1930. Laparotomie. Fibrome gros, pédiculé. Ligature. Tout le reste est parfait.

Suites : Légèrement fébriles, 38°8 pendant 48 heures.

Mai 1931 : Parfait état. Courbe :



OBSERVATION 39. — Mlle Me..., 40 ans.

Vient consulter pour gros fibrome. Crises d'asthme.

Intervention : D^r Leuret, 22 juin 1930. Laparotomie. Ablation d'un gros fibrome pédiculé antérieur. Myomectomie facile. Ablation du moignon de l'appendice, enlevé antérieurement en crise.

25 juillet : Beaucoup mieux. Asthme en grande diminution.

1931 : Ablation de la vésicule.

OBSERVATION 40. — Mme Mo..., Georgette, 41 ans.

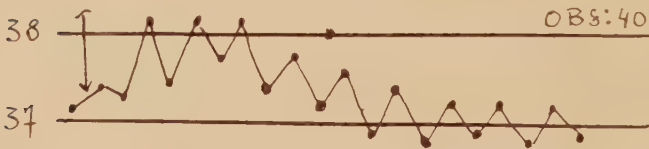
Vient consulter pour douleur, pesanteur pelvienne depuis un an. Pollakiurie et miction impérieuse. Règles régulières, non douloureuses.

Examen : TV : Corps utérin plaqué contre la paroi, fond à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cul-de-sac latéraux souples. Cul-de-sac postérieur : grosse masse du volume du poing, dure, lisse, douloureuse, séparée de l'utérus par un sillon. Diagnostic : kyste dermoïde.

Intervention : D^r Leuret, 18 décembre 1930. Laparotomie médiane. Utérus de volume normal. Fibrome pédiculé de la grosseur d'une orange. Myomectomie, surjet sur la base d'implantation. Ablation d'un kyste de l'ovaire droit de la grosseur d'une mandarine. Salpingo-ovariectomie droite.

Suites : Simples.

Sortie le 17^e jour. Utérus paraît un peu gros. Courbe :



OBSERVATION 41. — Mme Mo..., 30 ans.

Intervention : D^r Leuret, 19 octobre 1929. Fibrome postérieur pédiculé, du volume du poing. Ligature du pédicule et ablation. Ablation de deux autres petits fibromes sous-péritonéaux. Annexes absolument saines. Appendice enlevé, bien que sain en apparence. Sort guérie le 7 novembre.

1931 : Santé parfaite. Très bien réglée.

OBSERVATION 42. — Mme No..., 50 ans.

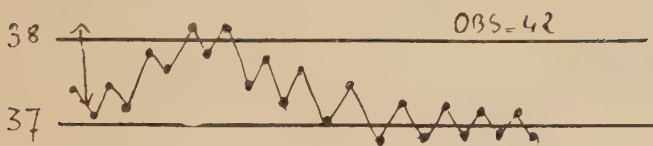
Vient consulter pour douleur pelvienne, sus-crurale droite. Règles à peu près régulières, peu abondantes. Peites blanches. Envies fréquentes d'uriner. Un enfant. Pas de fausse couche.

Examen : Paroi épaisse. TV : Col un peu dur. Corps utérin augmenté de volume. Fond à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Masse volumineuse (2 poings) dans le cul-de-sac latéral droit.

Intervention : D^r Theillier, 15 juin 1931.

Laparotomie médiane. Fibrome du volume du poing, pédiculé au niveau de la corne droite. Myomectomie. Deux points en U, pour capitonnage et surjet. Utérus de volume normal. Rien aux annexes. Fermeture sans drainage.

Suites : Banales. Courbe :



OBSERVATION 43. — Mme Pa..., 30 ans.

Depuis un an règles abondantes, durant cinq jours. Pas de caillots. Pas de douleur pelvienne. Ni grossesse, ni fausse couche.

Examen : Gros fibrome (tête d'adulte) paraissant très mobile et peu solidaire du col.

Intervention : 23 octobre 1923. Myomectomie. Fibrome pédiculé.

Actuellement : Règles 10-12 jours, très abondantes, douloureuses. Caillots. A l'examen : gros fibrome multilobé, remontant à l'ombilic. *Intervention* : Hystérectomie subtotale. Mort par embolie (avril 1931).

OBSERVATION 44. — Mme Pa..., 33 ans.

Vient pour règles très abondantes.

Intervention : Dr Leuret, 22 décembre 1923. Laparotomie. Fibrome tordu de la face antéro-latérale gauche de l'utérus (un tour de spire) en voie de sphacèle. Sang plein le petit bassin. Volume d'une tête d'enfant. Myomectomie avec ablation de quatre autres fibromes du volume de noisette à noix. Drain dans le Douglas.

Suites : Banales.

1931 : Santé parfaite. Admirablement bien réglée. Pense à se remarier.

OBSERVATION 45. — Mme Sa... Juliette, 54 ans.

Douleur abdominale aiguë, remontant à trois jours, avec syndrome pseudo-péritonéal. Nausées mais pas de vomissements. Gaz mais pas de selles. A toujours été bien réglée.

Examen : Masse dure, douloureuse, occupant la fosse iliaque droite, du volume d'une tête de nouveau-né. TV : Col haut situé. Culs-de-sac antérieur et droit occupés par la masse abdominale. Transmission parfaite. Pas de mobilité transmise au col utérin. On sent le fond utérin à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Intervention : Dr Gallais, 20 juillet 1931. Laparotomie médiane. Fibrome du volume d'une tête de nouveau-né, libre dans la cavité abdominale de toute adhérence. Myomectomie par ligature à la base. Annexes en bon état. Fermeture sans drainage.

Suites : Banales. Courbe :



OBSERVATION 46. — Mme Go..., 46 ans.

Pas de règles depuis un accouchement 4 mois auparavant. Auparavant règles normales. Une crise douloureuse abdominale aiguë.

Examen : Tumeur rénitente, dure, atteignant l'ombilic, mais paraissant indépendante de l'utérus.

Intervention : 28 avril 1914. Tumeur haut située, à la hauteur de l'ombilic, avec adhérences épiploïques et intestinales. Libération et ablation. Il s'agit d'un fibrome sphacélé, tenant par un pédicule qui passe en arrière de la masse intestinale au fond de l'utérus. Drainage vaginal. Un drain et deux mèches.

Suites : Simples. Décédée en décembre 1922 d'une occlusion intestinale diagnostiquée trop tard, non opérée.

2° Myomectomies pour fibromes interstitiels.

Sans drainage.

Sans épiploplastie.

OBSERVATION 47. — Mme Al... Louise, 37 ans.

Vient consulter pour douleurs pelviennes et pertes blanches abondantes. Règles normales, régulières, indolores.

Examen : TV : Col gros. Corps gros irrégulier, lobulé, ferme, surtout développé en arrière et à droite. Diagnostic : Fibrome du fond.

Intervention : 13 avril 1930. Laparotomie et myomectomie d'un

fibrome de la grosseur d'une pomme au niveau du fond. Pas de greffe épiploïque. Point en U, surjet. Fermeture sans drainage.

Suites : Non fébriles, 38°.

Sortie le 17^e jour; petit hématome fluctuant dans le cul-de-sac gauche. Courbe :



OBSERVATION 48. — Mme Bo..., 46 ans.

Fibrome.

Intervention : D^r Leuret, 28 octobre 1929. Laparotomie. Myomectomie.

OBSERVATION 49. — Mme Br... Simone, 31 ans.

Deux crises nettes d'appendicite. Continue à souffrir dans la fosse iliaque.

Examen : Mac Burney douloureux. TV : Col gros, métritique. Corps un peu gros, avec masse du volume d'une mandarine au niveau de la corne droite. Rien aux annexes.

Intervention : D^r Goidin, 13 décembre 1930. Laparotomie médiane. Petit fibrome de la grosseur d'une noix sur le fond utérin. Myomectomie. Points en U. Appendice rétrocaecal non adhérent. Appendicectomie. Fermeture sans drainage.

Suites : Banales. Courbe :



OBSERVATION 50. — Mme Ch..., 30 ans.

Opérée d'appendicite en 1913 par le D^r Huguier. Douleur constante à droite avec exagération au moment des règles. Pas de grossesse.

Examen : Corne droite grosse et douloureuse.

Intervention : D^r Leuret, 23 mars 1921. Laparotomie. Ovaire droit scléro-kystique, gros. Ablation. Adhérences du cœcum détruites. Petit fibrome comme une noix sur la corne droite de l'utérus. Ablation. Trompe droite et annexes gauches saines, laissées. Utérus en très bonne position. Fermeture sans drainage.

OBSERVATION 51. — Mme Che... Lucie, 38 ans.

Douleurs pelviennes. Bien réglée. Pertes blanches. Pas d'enfant.

Examen : Utérus légèrement augmenté de volume avec fibrome probablement du fond.

Intervention : 12 août 1929. D^r Duminil. Rachi. Laparotomie médiane. Petit fibrome du volume d'une grosse noix sur le fond utérin. Myomectomie facile. Capitonnage de la poche. Fermeture sans drainage.

Suites : Banales.

Actuellement : Règles normales de 4 à 5 jours, d'abondance moyenne. Les douleurs ont disparu.

OBSERVATION 52. — Mme Coc..., 39 ans.

Douleurs dans la fosse iliaque droite. Pas de crise aiguë. Règles peu abondantes et irrégulières.

Examen : Mac Burney douloureux. TV : Utérus un peu gros.

Intervention : D^r Nédelec, 16 novembre 1926. Laparotomie médiane. Appendicectomie et myomectomie d'un petit fibrome du fond. Ni épiplooplastie, ni drainage.

Suites : Banales.

OBSERVATION 53. — Mme Cos...

Douleurs hypogastriques. Règles régulières, non douloureuses.

Examen : TV : Col métritique. Petit fibrome du fond utérin.

Intervention : D^r Theillier, 15 septembre 1930. Laparotomie médiane. Myomectomie d'un fibrome du fond. Fermeture sans drainage.

Suites : Banales.

OBSERVATION 54. — Mme Dha... Geneviève, 35 ans.

Vient pour métrorragies, règles douloureuses et abondantes.

Examen : T V : Col petit contre le rectum. L'utérus est petit, fibromateux, mobile et antéfléchi.

Intervention : 20 mai 1919. Laparotomie médiane. Myomectomie : deux fibromes (le premier comme un œuf de pigeon, le second comme une noix), l'un antérieur et l'autre postérieur. Appendice long, enlevé. Fermeture sans drainage.

En 1920 : Pas de grossesse. Dilatation du col.

En 1921 : Pertes assez abondantes tous les mois. Utérus moyen ; dur. En août : curettage.

En 1926 : Utérus un peu gros. Pertes constantes. En décembre : hystérectomie.

OBSERVATION 55. — Mme Dim... Marie, 49 ans.

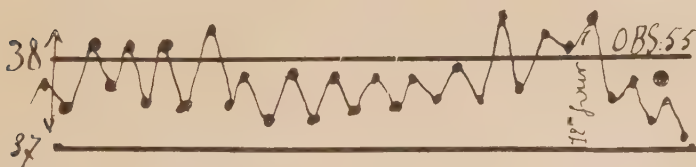
Hernie inguinale droite. Trois crises aiguës étiquetées coliques néphrétiques. Douleurs pelviennes. Mal réglée depuis 4 ans, règles irrégulières. 3 enfants.

Examen : Point douloureux para-ombilical. TV : Noyaux fibromateux du fond et noyau dans la corne gauche.

Intervention : Dr Theillier, 17 novembre 1930. Pfannenstiell. Myomectomie sans péritonisation ni épiplooplastie d'un petit fibrome de la grosseur d'une mandarine sur le fond utérin. Deux points en U, surjet. Cure radicale de hernie inguinale droite. Fermeture sans drainage.

Suites : Le 12^e jour, T° à 38°. Petite collection du Douglas. Lavements, suppositoires.

Sortie le 35^e jour. Douglas reste douloureux. Courbe :



OBSERVATION 56. — Mme Du... Georgette, 20 ans.

Vient pour douleurs pelviennes, règles abondantes.

Intervention : Dr Theillier, 23 août 1928. Laparotomie médiane. Fibrome interstitiel de l'isthme du volume d'une tête de fœtus, surmonté d'un corps utérin de volume normal. Myomectomie (le myome siège en avant du canal cervical). Fermeture après capitonnage soigneux de la poche. Pas de drainage.

Suites : Simples.

Actuellement : Mariée, un enfant, grossesse normale, accouchement normal le 30 mars 1930, sommet facile, sans incident. Règles normales, 4 jours.

OBSERVATION 57. — Mlle Fau... Louise, 35 ans.

Métrorragies à peu près continues, trois semaines par mois. Sang et caillots. A toujours été réglée abondamment. Pas mariée.

Examen : TV : Tuméfaction globuleuse de la grosseur d'un œuf d'autruche, emplissant le petit bassin. Sillon entre la tuméfaction dure et enclavée et le corps utérin dont on arrive à sentir le fond au-dessus de la symphyse. Diagnostic : Fibrome enclavé du versant postérieur.

Intervention : Dr Leuret, 12 mars 1931. Laparotomie médiane. Fibrome postérieur du volume d'une orange. Myomectomie facile. Points en U. Ignipuncture sur les points qui saignent. Fermeture sans drainage ni épiplooplastie.

Suites : Banales. Courbe :



OBSERVATION 58. — Mme Fou..., 42 ans.

Le 30 mars 1925 : Appendicectomie. En 1929 : Pertes rouges depuis deux mois, Douleurs abdominales, surtout à droite.

Examen : L'utérus est gros, le fond dépasse le pubis de deux travers de doigt.

Intervention : 22 avril 1929. Laparotomie. Salpingite gauche indiscutable. Ablation de la trompe. Myomectomie d'un petit fibrome du fond utérin. Libération d'adhérences dans la région appendiculaire. Pas de drainage.

Suites : Simples.

Actuellement : Bon état général. Règles régulières. Depuis trois mois, pas de règles. TV : Utérus tout à fait normal, mobile, non douloureux.

OBSERVATION 59. — Mme Hu...

Fibrome. Désire des grossesses.

Intervention : Dr Leuret, 27 février 1924. Laparotomie. Myomectomie d'une dizaine de fibromes du volume d'une noisette à gros œuf de poule. Trompe gauche enlevée, le reste laissé. Pas de drain.

Suites : Banales.

OBSERVATION 60. — Mme Jar... Madeleine, 35 ans.

Douleurs pelviennes depuis deux ans. Règles douloureuses à date fixe. Ni enfant, ni fausse couche.

Examen : Utérus débordant la symphyse, facilement perçu dans le Douglas.

Intervention : Dr Leuret, 19 octobre 1929. Laparotomie. Petit fibrome de la face postérieure de l'utérus. Myomectomie. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Ballonnement du ventre avec difficulté à rendre les gaz pendant 4 jours. Diète, glace. Tout rentre dans l'ordre.

Sortie le 7 novembre, bon état.

Actuellement : Règles régulières, 4-5 jours, non douloureuses et peu abondantes. Ni enfant ni fausse couche.

OBSERVATION 61. — Mme Jol... Marguerite, 24 ans.

Métrorragies. Curettage en 1929 pour métrite hémorragique. Pas d'enfant. Fausse couche il y a 2 ans. Mal réglée depuis la fausse couche. Hémorragies entre les règles, quelquefois pendant 8 jours. Douleurs au début des règles. Durée : 8 jours. Envie fréquente d'uriner. Pas de constipation.

Examen : Gros utérus, globuleux, mobile, antéversé. Col déchiré.

Intervention : Dr Theillier, 5 juillet 1930. Laparotomie. Myomectomie sans épiplooplastie d'un gros noyau fibreux du volume du poing. Fermeture par points profonds et sujet superficiel. Paroi en trois plans. Pas de drain.

Suites : Banales. Courbe :



OBSERVATION 62. — Mme Jos... Louise, 38 ans.

Règles irrégulières depuis deux ans, survenant tous les 15 jours, durant 8 jours, très abondantes, avec caillots. Depuis 4 mois, suspension des règles, dysurie et constipation.

Examen : Col utérin mou, repoussé en avant par tumeur dure. Dans la fosse iliaque gauche, masse arrondie, se contractant sous la main et donnant l'impression d'un utérus gravide.

Intervention : 10 février 1923. Myomectomie. Ablation d'un fibrome du volume de deux poings. Points de capitonnage. Suture séreuse de recouvrement. Pas de drain.

OBSERVATION 63. — Mme Las... Marie, 34 ans.

Fibrome.

Intervention : Dr Leuret, 24 août 1929. Laparotomie. Appendicectomie. Myomectomie.

OBSERVATION 64. — Mme Le... Adèle, 58 ans.

Dysurie avec pollakiurie. Léger prolapsus utérin. Pas de métrorragies, pas de douleurs, pas de pertes.

Examen : Légère cystocèle. Masse ronde dans le ligament large du côté droit. Diagnostic : kyste.

Intervention : 3 mars 1928. Laparotomie. Kyste de l'ovaire droit. Section du pédicule et ablation du kyste. Petit noyau fibromateux enlevé par myomectomie. Fermeture sans drainage.

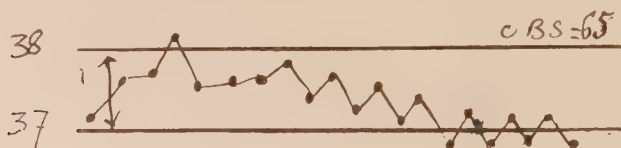
Sortie : le 22 mars. Bon état.

OBSERVATION 65. — Mme Lh...

Intervention : 1^{er} décembre 1919. Fibrome utérin de la paroi antérieure, du volume d'un œuf de dinde. Et plusieurs petits fibromes sous-séreux. Annexes saines. Myomectomie. Pas de drain.

Suites : Simples.

Actuellement : Règles régulières, durant 4 jours, peu abondantes. Ni grossesse, ni fausse couche. Courbe :



OBSERVATION 66. — Mme Le... Eugénie, 50 ans.

Règles irrégulières, peu abondantes, caillots. Douleurs pelviennes et lombaires. Pollakiurie nocturne. Ni enfant ni fausse couche.

Examen : Petit fibrome antérieur. Ptose rénale droite.

Intervention : Dr Theillier, 27 février 1929. Laparotomie médiane. Myomectomie et appendicectomie. Incision lombaire : Néphropexie, procédé Albarran.

Suites : Banales.

Sort le 22 mars 1929.

Actuellement : Ménopause s'installe. Les douleurs ont disparu.

OBSERVATION 67. — Mme Lo... Juliette, 37 ans.

A été opérée déjà :

Août 1925 : Douleur du carrefour sous-hépatique. Laparotomie : pas de lésions organiques, péri-duodénite : entérolyse.

Octobre 1928 : Douleur post-prandiale, hématomène, coïncidant avec les règles. Amaigrissement. Vomissements. Laparotomie : dans la paroi ostéome cicatriciel. Nombreuses adhérences. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Actuellement : Douleurs diffuses et pertes rouges abondantes.

Examen : Petit fibrome régulier à droite. Pas d'enfant, 1 fausse couche.

Intervention : Dr Tacquet, 14 janvier 1930. Laparotomie. Myomectomie. Petit fibrome de la corne droite.

Sortie : le 11 février.

OBSERVATION 68. — Mme Ma..., 40 ans.

Viént consulter pour fibrome. Asthmatique.

Intervention : 1929. Ablation d'un gros fibrome antérieur. Myomectomie simple. Ablation du moignon appendiculaire enlevé antérieurement en crise.

28 juillet 1930 : Beaucoup mieux, asthme en grande diminution.

Janvier 1931 : Ablation de la vésicule.

Août 1931 : Laparotomie, bride coëcale. Asthme de nouveau amélioré.

OBSERVATION 69. — Mme Mal..., 35 ans.

Crise abdominale aiguë fébrile, refroidie pendant un mois. Coïncidant avec métrorragies abondantes, surviennent avec 8 jours de

retard sur la date présumée des règles. 1 enfant, 1 fausse couche.

Examen : Fibrome du volume du poing, comprimant la vessie, mobile. Rien aux annexes.

Intervention : 12 avril 1921. D^r Leuret. Laparotomie. Ablation du fibrome par myomectomie.

Le 15 avril : Réaction péritonéale : vomissements, météorisme. T° à 38°8, Douglas très douloureux et tendu.

Le 16 : Colpotomie : Sang, drain.

Le 19 mai : Sortie en bon état.

OBSERVATION 70. — Mme Ma..., 39 ans.

Appendicite des plus nettes. Le 15 au soir 38°, le 16, 38°. Un enfant; 2 fausses couches.

Intervention : D^r Leuret. 17 décembre 1929. Jalaguier. Appendice rouge, en pleine crise. Examen de la trompe par l'incision. Trompe normale mais au niveau de la corne utérine, on trouve un petit fibrome (amande verte). Enucléation par petite incision.

Suites simples. Léger ictère le 3^e jour.

Octobre 1931 : Hystérectomie vaginale pour utérus infecté après avortement provoqué. Mort le 21 octobre 1931.

OBSERVATION 71. — Mme Ma... Angèle, 46 ans.

Douleurs lombaires et pelviennes. Règles peu abondantes, douloureuses, régulières. Ni enfant, ni fausse couche.

Examen : TV. Col utérin normal. Corps normal, petite masse mal limitée dans le cul-de-sac gauche.

Intervention : D^r Duminil, 24 janvier 1929. Laparotomie. Ablation d'un petit noyau fibromateux sous-ligamentaire sur le flanc gauche de l'utérus. Fermeture sans drainage. Suites normales.

Actuellement : Règles normales, très douloureuses. Douleur dans la fosse iliaque gauche.

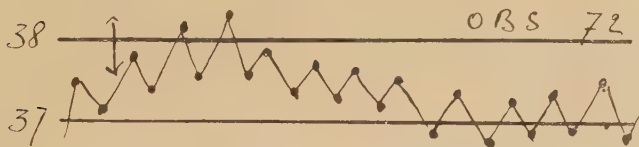
OBSERVATION 72. — Mme Mar..., 30 ans.

On a constaté à l'accouchement un kyste qui semble dermoïde et droit, du volume du poing.

Intervention : D^r Leuret, 17 septembre 1930. Utérus bourré de fibromes, dont un, postérieur, gros comme le poing. Ablation de 7 fibromes par myomectomie, le plus petit du volume d'une noisette; ablation d'un kyste dermoïde du volume d'une orange. Les

incisions utérines sont péritonisées moitié par les ligaments ronds réunis en arrière de l'utérus, moitié par le péritoine vésical.

Suites : Banales. Courbe :



OBSERVATION 73. — Mme Ni...

Enorme tumeur dure, paraissant être un fibrome utérin.

Intervention : Dr Leuret, 13 janvier 1923. Laparotomie. Enorme fibrome du ligament large droit. Enucléation difficile. Ouverture de la vessie. Suture en bourse.

Suites : Des plus simples.

OBSERVATION 74. — Mme Pe... Julie, 42 ans.

Douleurs dans la fosse iliaque droite. Digestions pénibles avec vomissements quelquefois. Aurait eu colique hépatique il y a 8 ans. Règles régulières, normales. Pertes blanches abondantes.

Examen : Mac Burney très douloureux. TV : Rétroversion utérine. Dans le cul-de-sac latéral droit, petite masse, volume d'une noix. Cul-de-sac gauche douloureux, on n'y sent pas les annexes.

Intervention : Dr Goidin, 18 décembre 1930. Laparotomie médiane. Petit hydrosalpinx droit. Salpingectomie droite avec ablation de l'ovaire. Ovaire gauche normal. Ablation d'un petit noyau fibromateux. Deux points au catgut. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites : Apyrétiques.

OBSERVATION 75. — Mme Ri... Lucie, 33 ans.

Douleur dans la fosse iliaque droite avec petite crise, vomissement. Pollakiurie diurne et nocturne. Pertes blanches. Pas d'enfant. Pas de fausses couches.

Examen : Petit fibrome dans le cul-de-sac postérieur.

Intervention : 5 février 1929. Laparotomie. Myomectomie sur petit fibrome postérieur du volume d'une prune. Ablation des annexes droites et salpingectomie gauche. Appendicectomie.

Sortie : Le 14 mars.

OBSERVATION 76. — Mlle Ri...

Douleur pelvienne, un peu de température. Masse dure et volumineuse dans le cul-de-sac postérieur. Examen complet impossible à cause de la douleur.

Intervention : 31 décembre 1926, laparotomie : Myomectomie d'un gros fibrome postérieur et d'un kyste de l'ovaire gauche tordu.

OBSERVATION 77. — Mme Ro... Marguerite, 40 ans.

Douleur pelvienne. Bien réglée.

Examen : TV : Utérus paraît un peu gros et basculé à droite et en arrière.

Intervention : D^r Leuret, 11 avril 1929. Volumineux kyste de l'ovaire. Petit fibrome sous-péritonéal. Myomectomie.

Suites : Simples.

OBSERVATION 78. — Mme Ro..., 34 ans.

Mariée depuis 7 ans. Pas d'enfant.

Examen : Utérus fibromateux, noyaux multiples.

Intervention : D^r Leuret, 12 mars 1931. Laparotomie. Utérus presque normal avec 4 petits fibromes : 2 postérieurs (amandes vertes) un peu au-dessus de l'isthme, 2 du fond. Myomectomie. Kyste (volume du poing) du ligament large gauche. Enucléation laborieuse. Péritonisation. Ablation de l'appendice, petit et court.

Suites : Banales.

OBSERVATION 79. — Mme Ro... Anaïs, 29 ans.

Douleurs pelviennes et douleurs lombaires. Règles plus abondantes depuis 1 an. Pertes blanches. Mariée, pas d'enfants, pas de fausse couche.

Examen : Ventre augmenté de volume. TV : Col petit, non induré. Volumineuse tuméfaction du volume d'une tête d'adulte occupant le petit bassin et faisant penser à un volumineux kyste, mais mobilité avec le col.

Intervention : D^r Gallais, 7 mars 1931. Laparotomie médiane. Fibrome de la grosseur d'une tête de nouveau-né aux dépens de la face postérieure de l'utérus. Corps utérin plaqué en avant. Myomectomie. Résection du fond utérin. Points profonds en U pour capitonnage. Surjet sérieux assez facile. Fermeture sans drainage.

Suites : Simples, T° moins de 38°.

Sortie : Utérus encore un peu gros.

Actuellement : Quelques douleurs lombaires. Règles régulières, moins abondantes. Examen : Utérus, de vol à peu près normal. Bien mobile.

OBSERVATION 80. — Mme Th... Lucienne, 34 ans.

Douleurs lombaires. Règles abondantes, avec caillots.

Examen : TV : Utérus un peu gros, masse du volume d'une mandarine en avant et à droite, distincte du fond utérin.

Intervention : Dr Busser, 30 octobre 1928. Fibrome antérieur, sous-péritonéal de la taille d'une mandarine. Enucléation. Capitonage de la poche. Appendicectomie. Fermeture sans drainage.

Suites : Simples.

Revue en juin 1931 : Règles régulières. Abondance moyenne, durée 3 jours. Pas de caillot, pas de pertes entre les règles. TV : Col de volume normal. Utérus un peu gros, pas de noyau fibromateux perceptible.

OBSERVATION 81. — Mme Tur..., 48 ans.

Douleurs pelviennes, irradiations lombaires et fémorales. Pas d'hémorragies. Pas de pertes blanches. Ménopause depuis 2 ans. Avait toujours été bien réglée. Pas d'enfant, une fausse couche de deux mois. Traitée par rayons X en décembre 1927.

Examen : Utérus augmenté de volume. Noyau fibromateux antérieur du volume d'un œuf, mobile.

Intervention : 10 mars 1928. Laparotomie médiane. Utérus parsemé de petits noyaux fibromateux. Deux plus volumineux extirpés par myomectomie.

Suites : Congestion pulmonaire. Suppuration de la paroi.

OBSERVATION 82. — Mme Tuv...

Fibrome devenant douloureux et grossissant.

Intervention : Dr Leuret, 4 juin 1924. Myomectomie pour fibrome interstitiel, du volume du poing, et un petit du volume d'une noisette. Le reste, sain, laissé. Appendice enlevé.

OBSERVATION 83. — Mme Va..., 30 ans.

Crise abdominale de 12 heures.

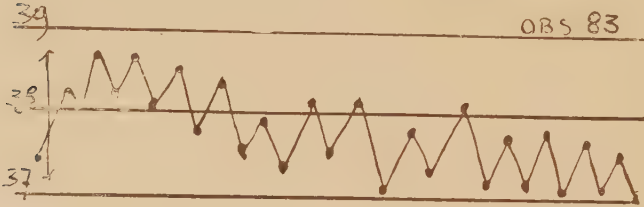
Examen : Ventre douloureux, tendu, avec une grosse masse fluctuante à droite. Bien réglée, 1 fausse couche. Mais depuis trois

mois, règles irrégulières et pertes. On a diagnostiqué autrefois un fibrome.

Intervention : D^r Leuret, 25 novembre 1929. Laparotomie. Kyste tordu, droit (1 tour) du volume d'une orange. Dans le ligament large gauche, fibrome du volume d'une orange. Myomectomie. Annexes gauches laissées avec l'utérus. Appendicectomie.

Suites : Banales.

1931 : Santé parfaite. Bien réglée, sans douleurs.



OBSERVATION 84. — Mme Vi..., 41 ans.

Réglée à 14 ans. Deux grossesses. A 26 ans, règles très abondantes. Curettage et amputation du col. Depuis un mois métrorragies continuelles, peu abondantes et douloureuses.

Examen : Utérus non augmenté de volume, immobilisé. A gauche, empâtement douloureux. Col gros.

Intervention : 20 mai 1914. Laparotomie. Ovaire droit, kystique, enlevé. Ovaire gauche et appendice sains laissés. Petit fibrome de la paroi antérieure. Myomectomie.

3° Myomectomies avec ouverture de la cavité utérine

OBSERVATION 85. — Mme Bar... Léonie, 42 ans.

Mariée, pas d'enfants, pas de fausse couche. Douleurs au moment des règles. Règles tous les 20 jours. Durée 10 à 12 jours. Pas de pertes blanches.

Examen : difficile; gros utérus mobile.

Intervention : D^r Tacquet, 5 juillet 1930. Laparotomie. Gros utérus, un fibrome interstitiel du volume d'une mandarine. Myomectomie. Cavité utérine ouverte, curettage rétrograde, qui permet d'enlever un polype de la corne gauche. Fermeture de la cavité en

deux plans. Pas d'épiplooplastie. Un drain dans le Douglas.
Courbe de température :



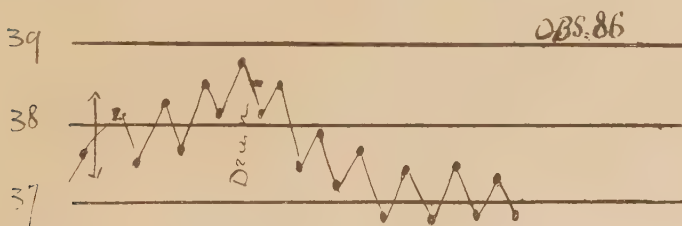
OBSERVATION 86. — Mme Ber... Berthe, 28 ans.

Règles très abondantes depuis deux ans, durée trois semaines. Caillots. Envie fréquente d'uriner. Mariée, pas d'enfant, pas de fausse couche.

Examen : Tuméfaction sus-pubienne. TV : Col légèrement augmenté de volume, fibrome du volume d'un œuf d'autruche, développé aux dépens du fond utérin.

Intervention : Dr Leuret, 29 juin 1931. Laparotomie médiane. Utérus vol. tête de nouveau-né. Incision paroi utérine. Ablation d'une dizaine de noyaux du volume d'une mandarine à noix. Ouverture de cavité. Curettage rétrograde. Résection aux ciseaux de la paroi interne de l'utérus exubérante. Points profonds. Epiplooplastie. Surjet séreux catgut 00. Drain dans le Douglas.

Suites : Banales. Ablation du drain le 4^e jour. Courbe de température :



OBSERVATION 87. — Mme Lep... Louise, 38 ans.

Douleurs pelviennes et lombaires. Règles douloureuses mais normales. Pertes blanches sanguinolentes, continuelles. Mariée, deux enfants.

Examen : Gros utérus mobile, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Paroi épaisse. Masse latéro-utérine gauche.

Intervention : 10 novembre 1927. Lap. Utérus gros et mou. Salpingite gauche, ablation de la trompe et de l'ovaire gauches.

Ouverture médiane de l'utérus. Fibrome de la grosseur d'un poing. Ouverture de la cavité. Myomectomie. Fermeture de l'utérus. Drain dans le Douglas.

Suites : Banales. Sortie le 18^e jour.

Actuellement : Règles régulières, durée 4 jours, non douloureuses.

OBSERVATION 88. — Mme Hy... Lucie, 40 ans.

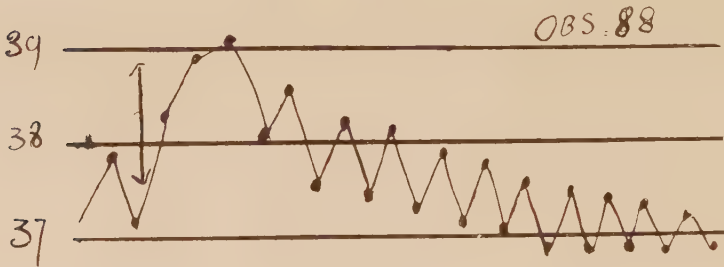
Règles très longues et très abondantes depuis un an. Durée 12 jours. Mariée, un enfant.

Examen : Masse dure, assez volumineuse, lisse bien mobile, faisant corps avec l'utérus et surtout développée en avant.

Intervention : D^r Theillier, 17 mars 1930. Lap. Fibrome interstitiel, petit melon. Myomectomie. Ouverture de la cavité utérine. Curettage rétrograde. Fermeture de la cavité par points profonds. Surjet séreux. Greffe épiploïque. Pas de drain.

Suites : Relativement simples.

Actuellement : Règles normales, durant 3-4 jours, peu abondantes, non douloureuses. Ni enfant, ni fausse couche. Courbe :



OBSERVATION 89. — Mme Gun... Louise, 42 ans.

Règles abondantes avec caillots, 6 jours.

Examen : Gros utérus avec fibrome de la grosseur d'une orange développé au dépens de la paroi postérieure.

Intervention : D^r Theillier, 23 octobre 1930. Laparotomie médiane. Fibrome du fond, sur versant postérieur. Grosseur d'une orange. Ouverture de la cavité utérine. Petit polype. Curettage rétrograde. Myomectomie. Points profonds de fermeture. Surjet. Péritonisation avec péritoine vésical qui se laisse décoller. Fermeture sans drain.

Suites opératoires : Le lendemain soir de l'opération : T° 38°2, la température baisse tous les jours. Sortie le 16^e jour.

OBSERVATION 90. — Mme Cor... Marguerite, 39 ans.

Douleurs hypogastriques. Règles prolongées.

Examen : Fond utérin à 5 travers de doigt au-dessus du pubis. On perçoit deux noyaux : un petit (noix) dans le cul de sac latéral droit, un gros (poing) douloureux, légèrement mobile dans le Douglas (fibrome pédiculé).

Intervention : Dr Leuret, 12 janvier 1931. Laparotomie médiane. Trois noyaux (prune, à orange), un dans le Douglas, deux autres antérieurs. Myomectomie. Epiplooplastie postérieure. Cavité utérine ouverte. Suture par points profonds. Couverture pré-utérine péritonéale par rapprochement des ligaments ronds. Fermeture sans drainage.

Suites : Banales. Apyrétiques, 38°4 maxima.

Sortie le 17^e jour. La malade présente une collection du Douglas sans T°. Colpotomie le 19 janvier, donnant issue à une collection hémorragique.

Sortie le 10 février.

OBSERVATION 91. — Mme Ber... Gabrielle, 36 ans.

Depuis un an règles douloureuses, non abondantes. Mariée, ni enfant ni fausse couche.

Examen : Petit fibrome antérieur de la grosseur d'une mandarine, mobile et paraissant pédiculé.

Intervention : Dr Duminil, 24 février 1930. Laparotomie. Ablation d'un petit kyste para-ovarien gauche. Fibrome interstitiel du fond, volume d'une prune. Myomectomie, ouverture de la cavité, curettage rétrograde, fermeture sans drainage.

Suites : des plus simples. Courbe :



Actuellement : Utérus absolument normal, non douloureux. Règles régulières depuis l'opération et peu abondantes.

OBSERVATION 92. — Mme Viv... Maria, 31 ans.

Règles à date normale mais prolongées, 8 jours et abondantes. A souffert il y a trois semaines de crises douloureuses dans la fosse iliaque gauche avec irradiations lombaires.

Examen : Grosse tumeur du volume du poing de la face antérieure du corps et de la lèvre antérieure.

Intervention : D^r Leuret, 10 novembre 1922. Laparotomie. Fibrome du volume d'une orange. Myomectomie. Cavité utérine ouverte. Épiplooplastie. Fermeture sans drainage.

Suites : Banales.

OBSERVATION 93. — Mme Com..., 34 ans.

Mariée à un mutilé de guerre, jamais de grossesse, ni aucune maladie. Depuis un an et demi les règles s'allongent de plus en plus, augmentant en durée et en abondance pour ne plus cesser depuis septembre, avec des moments de grosse hémorragie.

Examen : TV : Gros kyste de l'ovaire droit, douloureux. Utérus repoussé en avant vers la gauche et vers le pubis.

Intervention : D^r Leuret, 3 novembre 1930. Laparotomie. Utérus très gros, mou, déjeté à droite. Incision de l'utérus. Myomectomie d'un fibrome de la grosseur de deux poings. Curettage rétrograde. Suture. Greffe épiploïque libre. Drain dans l'utérus sortant par le col.

Suites : Simples. Le drain tombe le 3^e jour.

12 janvier 1931 : Règles normales, mais elles sortent surtout par une fistule de la paroi abdominale.

Février et mars 1931 : Même situation.

Mai 1931 : Guérison définitive.

4° Myomectomies drainées pour fibromes interstitiels.

Sans ouverture de la cavité utérine.

Sans épiplooplastie.

Sans ligamentopexie.

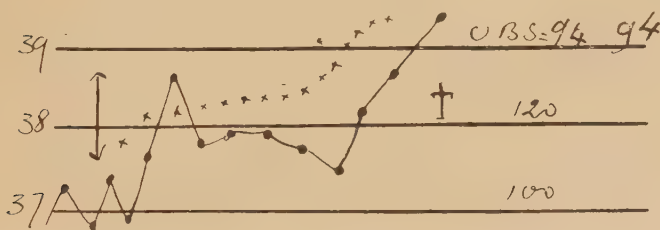
OBSERVATION 94. — Mme Bou... Léonie, 37 ans.

Pesanteur pelvienne. Gêne au moment des mictions. Règles tous les 25 jours, mariée, pas d'enfant, pas de fausse couche.

Examen : Cul-de-sac postérieur et latéral gauche occupé par une masse bien arrondie du volume de deux poings. Col utérin mou, on ne sent pas le corps.

Intervention : D^r Theillier, 29 octobre 1931. Laparotomie. Utérus volume de deux poings, mou. Myomectomie pour fibrome mou. Volume d'une orange. Points profonds. Surjet séreux. Hémorragie importante de la tranche suturée. Drain dans le Douglais.

Suites : Température progressivement ascendante avec pouls rapide dans les premiers jours. Pouls : 120-130 et ballonnement du ventre. Mort le 6^e jour. Péritonite, malgré la mise en œuvre d'une thérapeutique héroïque. Courbe :



OBSERVATION 95. — Mme Bar... Céline, 35 ans.

Douleurs pelviennes, métrorragies.

Intervention : D^r Leuret, février 1919. Laparotomie. Deux gros fibromes. Volume de tête de fœtus, développé dans le ligament large droit. Utérus est normal. Ablation des fibromes. Drainage de la poche, qu'il est impossible de capitonner.

Suites : Normales.

OBSERVATION 96. — Mme Bor... Louise, 40 ans.

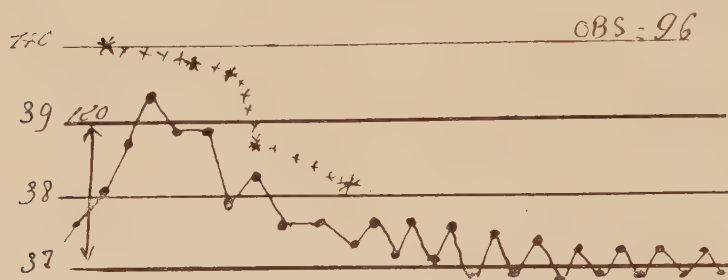
Douleurs abdominales dans la fosse iliaque gauche depuis trois mois. Fatigue générale. Bien réglée, règles non douloureuses, durée 4 jours, pas de caillot. Mariée, pas d'enfant, pas de fausse couche.

Examen : Douleur dans la fosse iliaque gauche. Col petit. Corps utérin, volume normal, fond au-dessus de la symphyse; masse du volume du poing, grosse orange, parfaitement arrondie, dans le cul-de-sac gauche, peu mobile, sillon.

Intervention : D^r Theillier, 30 avril 1930. Laparotomie médiane. Utérus de volume à peu près normal. Myomectomie sur fibrome volume d'une mandarine développé dans la moitié anté-

rieure. Points profonds, surjet séreux. Un drain dans le Douglas.

Suites : Difficulté à émettre des gaz. Léger ballonnement.
Courbe de T° :



OBSERVATION 97. — Mme Cal..., 45 ans.

Crises douloureuses dans le bas-ventre du côté gauche, plusieurs crises se rapprochant. Réglée normalement jusqu'il y a deux ans. Actuellement règles très douloureuses, abondance moyenne, quelques caillots. Mariée, pas d'enfants, une fausse couche d'un mois.

Examen : Col ramolli, volumineuse tumeur comblant tous les culs-de-sac, surtout antérieure, rénitente, régulière, douloureuse.

Intervention : D^r Leuret, 1^{er} juillet 1926. Laparotomie. Kyste du ligament large. Petit fibrome de la face postérieure de l'utérus. Myomectomie. Un drain une mèche.

Suites : Banales.

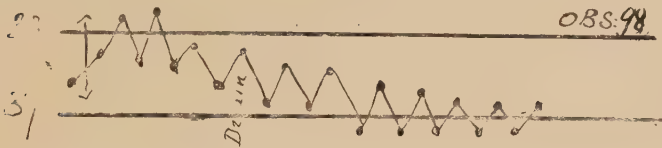
OBSERVATION 98. — Mme Com... Georgette, 42 ans.

Métrorragies depuis un an. Durée 7 à 10 jours. Règles très abondantes, sans caillots, pertes blanches. Mariée, un enfant, 19 ans. Pas de fausse couche.

Examen : Fibrome du volume du poing, antérieur gauche.

Intervention : D^r Theillier, 18 juin 1931. Laparotomie. Myomectomie d'un fibrome central de la grosseur d'une orange. Point profond hémostatique. Surjet séro-séreux. Drain dans le Douglas.

Suites : Banales. Drain enlevé le 4^e jour. Lever au 14^e jour.
Courbe de T° :



OBSERVATION 99. — Mme Dur... Marie-Louise, 37 ans.

Depuis un an, règles très abondantes, 6 jours. Depuis 6 mois, 15 jours de pertes sanglantes par mois. Douleurs hypogastriques. Ni enfant ni fausse couche.

Examen : Fibrome du fond du volume d'une orange.

Intervention : D^r Leuret, 16 février 1930. Laparotomie médiane pour un fibrome du versant antérieur. Grosseur d'une orange. Points profonds hémostatiques. Pas d'épiplooplastie. Un drain, une mèche.

Suites : Banales. T° maxima 38°. Ablation de la mèche au 4^e jour, du drain au 5^e jour. Sortie en parfait état le 19^e jour.

Actuellement : Enchantée de son intervention.

OBSERVATION 100. — Mme Gau... Jeanne, 38 ans.

Règles très abondantes depuis 18 mois, durée 8 jours. Corps utérin augmenté de volume, bosselé et régulier, volume du poing dur, indolore. Diagnostic : Fibrome multilobé.

Intervention : D^r Theillier, 16 février 1931. Laparotomie médiane pour trois petits fibromes interstitiels. Myomectomie points profonds. Surjet sérieux. Pas d'épiplooplastie. Rien aux annexes. Un drain dans le Douglas. Paroi au catgut.

Suites : Ablation du drain le 3^e jour. Suites simples, T° maxima 38°. Sortie le 18^e jour.

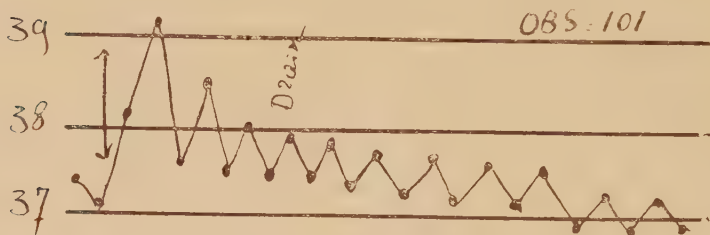
OBSERVATION 101. — Mme God... Germaine, 32 ans.

Ménorragie importante il y a deux ans à la date des règles. Augmentation de l'abondance des règles depuis 5 mois. Mariée, un enfant, pas de fausse couche.

Examen : Utérus un peu gros. Un fibrome antérieur comme une mandarine à droite.

Intervention : Dr Tacquet, 1^{er} juin 1931. Laparotomie médiane. Salpingite double. Trompes adhérentes dans le Douglas que l'on se contente de décoller. Fibrome antérieur sus-isthmique du volume de mandarine. Myomectomie. Points profonds. Drain dans le Douglas.

Suites : Banales. Ablation du drain le 4^e jour. Courbe :



OBSERVATION 102. — Mme Lom. . Adeline, 67 ans.

Souffre du ventre depuis 4 ans. Ménopause depuis 1915. Douleurs pelviennes presque continuelles avec douleurs à type sciatique. Pas de pertes actuellement. Trois enfants. Pas de fausse couche. 10 séances de rayons X pour fibrome en 1926.

Examen : Col très haut, dévié à droite. Masse dure, arrondie, régulière dans le cul de sac gauche. Diagnostic : Fibrome du ligament large.

Intervention : Dr Leuret, 25 octobre 1926. Laparotomie. Fibrome calcifié, enclavé dans le ligament large gauche, ablation difficile. L'utérus est laissé. Sac de Mickulicz.

Suites : Banales.

OBSERVATION 103. — Mme Nic... Marie-Louise, 41 ans.

Douleurs abdominales pelviennes avec irradiations lombaires et crurales. Pertes blanches abondantes. Règles abondantes.

Examen : Tumeur latéro-utérine droite, mobile de la grosseur d'une orange. Diagnostic : Kyste de l'ovaire.

Intervention : 20 février 1928. Laparotomie. Fibrome sous-séreux de la corne utérine droite. Myomectomie. Drain dans le Douglas.

Suites : Normales. Sortie le 17^e jour.

Actuellement : Règles d'abondance normale, 5 jours, un peu douloureuses.

5° Myomectomie avec épiplooplastie pour fibromes interstitiels.

OBSERVATION 104. — Mme Au... Madeleine, 31 ans.

Douleurs pelviennes droites. Règles régulières et normales, quelques caillots aux dernières règles, quelques pertes blanches.

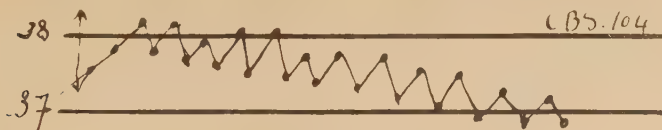
Examen : Fibrome de la corne droite, du volume d'une mandarine. Rien aux annexes.

Intervention : D^r Tacquet, 16 juillet 1930. Laparotomie. Deux myomes, un sur le versant postérieur et un sur la face antérieure. Volume d'une noix. Double myomectomie. Fermeture par points profonds. Greffe épiploïque. Fermeture sans drainage.

Suites : Banales. Courbe de T° :

Sortie : Le 17^e jour.

Le 7 septembre 1931 : Souffre du ventre. *Examen* : Petite masse dans le Douglas qui doit être un fragment épiploïque.



OBSERVATION 105. — Mme Bau... Marthe, 39 ans.

Troubles gastro-intestinaux. Cystite et cystalgies.

Examen : Fibrome pédiculé antérieur refoulant la vessie. Utérus postérieur, assez gros, col métritique.

Intervention : D^r Leuret, 11 mars 1929. Laparotomie. Myomectomie d'un fibrome antérieur et d'un noyau latéral. Suture par points profonds. Greffe épiploïque. Appendicectomie. Fermeture sans drainage.

Sortie le 16^e jour.

Suites : Banales.

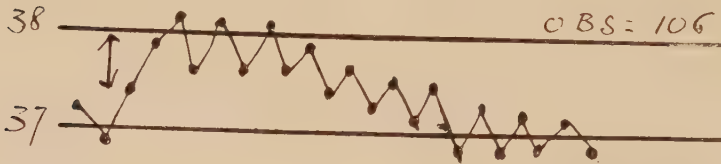
OBSERVATION 106. — Mme Be... Henriette, 34 ans.

Une crise d'appendicite en juillet 1929. Continue à souffrir de la fosse iliaque. Règles régulières, pas de grossesse; soignée pour métrite.

Examen : Corps utérin normal. Masse du volume d'une mandarine dans le cul-de-sac latéral droit, collée à l'utérus, mobile avec lui, lisse et régulière.

Intervention : D^r Goidin, 13 décembre 1930. Pfannenstiell. Séquelles de pelvi-péritonite. Hydrosalpinx droit, annexes gauches normales. Petit fibrome de la grosseur d'une noix sur la corne droite. Salpingectomie droite, myomectomie avec épiplooplastie. Fermeture sans drainage.

Suites : Banales. Courbe :



OBSERVATION 107. — Mme Be..., 35 ans.

Fibrome augmentant de volume rapidement. Mictions de plus en plus fréquentes.

Intervention : 7 juillet 1930, D^r Leuret. Laparotomie. Myomectomie d'un fibrome du volume du poing antérieur et de trois petits. Epiplooplastie. Fermeture sans drainage.

Suites : Des plus simples.

Actuellement : Très bien portante. Règles très diminuées. Après avoir beaucoup engraisé, a maigri. Actuellement poids normal.

OBSERVATION 108. — Mme Ben... Gabrielle, 35 ans.

Masse perçue par la malade dans le bas-ventre. Pas de troubles des règles.

Examen : A la palpation, tumeur dure, mobile, du volume d'un gros poing, occupant la région sus-ombilicale médiane et gauche. Diagnostic porté de kyste de l'ovaire.

Intervention : 29 octobre 1921. Laparotomie. Utérus constellé de fibromes. Myomectomie d'un noyau du volume d'une tête de nouveau-né et de quatre noyaux du volume d'une noix ou d'une prune. Les lignes de suture sont recouvertes d'épiploon. Fermeture sans drainage.

Suites : Banales. Sortie le 15^e jour.

Actuellement : Mariée depuis l'opération. Mari 52 ans. Très

satisfaite de son état. Pas de trouble d'aucune sorte. Règles régulières mais pas d'enfant.

OBSERVATION 109. — Mme Ber... Annette, 41 ans.

Métrorragies depuis 3 mois. Signes d'anémie. Règles abondantes, caillots.

Examen : Utérus gros avec noyau fibromateux dans les culs-de-sac.

Intervention : 31 mai 1928, Dr Theillier. Laparotomie. Myomectomie de sept noyaux fibromateux dont un du volume d'une orange. Fermeture par points en U. Greffe épiploïque coiffant le fond utérin. Fermeture sans drainage.

Suites : Normales.

Actuellement : Santé parfaite. Règles irrégulières de 3 à 5 jours, abondance normale, sans caillot; aucune douleur. Utérus un peu gros mais parfaitement mobile.

OBSERVATION 110. — Mme Cal... Louise, 29 ans.

Règles très abondantes depuis un an. Pesanteur abdominale. Ni enfant, ni fausse couche.

Examen : Fibrome de la grosseur d'un œuf d'autruche. Dur; remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Intervention : 12 décembre 1929, Dr Leuret. Fibrome interstitiel du volume du poing. Myomectomie. Suture de l'utérus par points séparés. Greffe épiploïque. Libération de quelques adhérences du Douglas. Fermeture sans drainage.

Suites : Normales. Sortie le 17^e jour, bon état.

Actuellement : Règles régulières, peu abondantes, 5-6 jours, ni enfant, ni fausse couche.

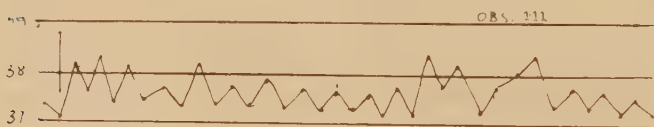
OBSERVATION 111. — Mme Dut... Aurélie, 38 ans.

Métrorragie après un retard de 6 semaines. Hémorragies avec caillots qui ont duré 15 jours. Depuis, continue à perdre sans horaire. Polype du col enlevé par torsion trois semaines auparavant.

Examen : TV : Col un peu gros. Corps, volume normal, fibrome du volume d'une noix au niveau de la corne droite.

Intervention : 4 décembre 1930, Dr Goidin. Laparotomie. Fibrome de la grosseur d'une orange dans le ligament large gauche. Myomectomie avec épiplooplastie. Utérus volume normal. Fermeture sans drainage.

Suites : Gaz difficiles à émettre. Au 12^e jour : apparition d'une petite collection dans le Douglas qui se résorbe spontanément. Sortie le 30^e jour après une légère suppuration de la paroi.



OBSERVATION 112. — Mme Ger..., 41 ans.

Mariée il y a 9 ans. Pas d'enfants, malgré son désir; a toujours souffert au moment des règles. Il y a 8 ans, ventre grossissant de plus en plus. Tous symptômes de grossesse sauf les règles qui, pendant les six premiers mois sont normales, puis deux mois sans règles. Le médecin dit grossesse, l'accoucheur dit non. Depuis, tout se rétablit, mais souffre de plus en plus. Et depuis 10 jours, souffre sans arrêt.

Examen : Grosse masse du volume de tête d'adulte dans laquelle on ne peut dissocier l'utérus. On croit à hydrosalpinx collé à l'utérus et adhérent. Il semble que l'utérus soit collé en avant.

Intervention : 31 octobre 1930. D^r Leuret. Laparotomie. Fibrome de l'utérus, grosseur du poing, et trois petits. Myomectomie. Greffe épiploïque libre, annexes droites très adhérentes et enlevées. Annexes gauches à peu près saines et laissées. Fermeture sans drainage.

Suites : Schock opératoire marqué les trois premiers jours. Sortie guérie.

OBSERVATION 113. — Mme Hur... Blanche, 46 ans.

Vient consulter parce qu'elle n'a pas d'enfant. A cette occasion, on lui trouve un fibrome de la grosseur du poing, développé en arrière de l'utérus. Rein droit mobile.

Intervention : 6 juillet 1922, D^r Leuret. Laparotomie. Utérus constellé de nombreux noyaux fibromateux dont le plus gros est du volume d'un œuf. Myomectomie avec capuchon épiploïque. Pas de drain.

Suites : Simples.

Actuellement : Bon état. Ménopause depuis 1926. Aucune grossesse.

OBSERVATION 114. — Mme Nau... Henriette, 45 ans.

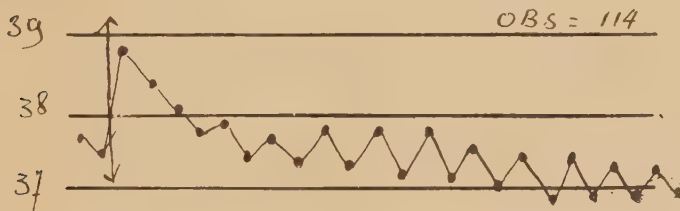
Douleurs lombaires et pelviennes. Règles, 8 jours, abondantes et douloureuses.

Examen : Ptose rénale droite. TV : Utérus augmenté de volume, globuleux et dur.

Intervention : D^r Van Der Horst, 31 mars 1930. Néphropexie droite et laparotomie médiane. Petit fibrome du fond de la grosseur d'une noix. Myomectomie, un point profond sur la brèche utérine. Greffe épiploïque.

Suites : Banales.

Actuellement : Santé parfaite. Règles 4 jours. Normales en abondance.



OBSERVATION 115. — Mme Feb..., 36 ans.

Opérée il y a deux ans. Ligamentopexie. Actuellement règles plus abondantes et douloureuses.

Examen : Gros fibrome postérieur tombé dans le Douglas.

Intervention : 19 mai 1930, D^r Tacquet. Laparotomie. Myomectomie sur fibrome grosseur d'un poing au niveau du fond et de la face postérieure de l'utérus. Enucléation par incision sagittale. Points séparés en U. Epiplooplastie. Ligamentopexie. Fermeture sans drainage.

Suites : Difficulté à émettre des gaz. Pouls à 125, T° reste à 38° pendant 8 jours. Puis T° à 37°. Sortie le 17^e jour en bon état.

OBSERVATION 116. — Mme Nau... Justine, 38 ans.

Accident aigu abdominal : douleurs et vomissements il y a trois semaines. Durée 24 heures. Le lendemain : nouvelle crise de deux heures. Depuis souffre constamment.

Examen : Ventre dur, difficile à examiner convenablement. Contracture des droits. TV : Col normal. Utérus gros. Grosse masse

indépendante, très dure, que l'on peut remonter et séparer de l'utérus. Diagnostic porté est celui de fibrome pédiculé.

Intervention : 27 novembre 1930, D^r Theillier. Laparotomie médiane. Utérus constellé de fibromes sous-séreux au nombre de 9, dont un tordu, les volumes variant d'une grosse orange à une prune. Myomectomie sur chaque noyau. Epiplooplastie. Drain dans le Douglas.

Suites : Simples. Sort le 21^e jour.

Actuellement : Santé parfaite. Règles régulières. Durée de trois jours, abondantes.

6° Myomectomies avec ligamentopexie.

OBSERVATION 117. — Mme Dem... Marguerite, 39 ans.

Réglée avec de l'avance. Pertes abondantes. Mariée, deux enfants, une fausse couche il y a 10 ans. Pertes blanches très abondantes.

Examen : Utérus un peu gros, rétrofléchi.

Intervention : Laparotomie médiane. Février 1928. Myomectomie et ligamentopexie.

Suites : Des plus banales. Courbe :



OBSERVATION 118. — Mlle Ro... Suzanne, 33 ans.

Règles régulières, très abondantes, sang et caillots entre les règles. Pas mariée.

Examen : Utérus moyen, basculé en arrière et à gauche. Il semble qu'il y ait un noyau fibromateux au niveau du fond utérin.

Diagnostic : Rétroversion et fibrome.

Intervention : 12 octobre 1928, D^r Leuret. Laparotomie. Deux

petits noyaux fibromateux, volume d'une noix. Myomectomie. Pas d'épiplooplastie. Ligamentopexie. Fermeture sans drainage.

Suites : Un peu de ballonnement, sans température. Courbe :



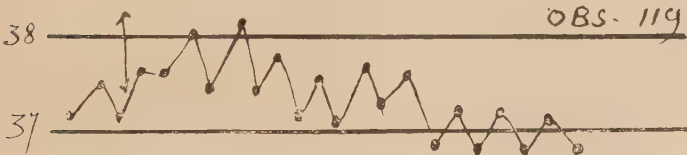
OBSERVATION 119. — Mme Sou... Marie-Madeleine, 43 ans.

Souffre depuis 5 mois du bas-ventre. Avance de 12 jours au moment des règles. Un fils de 20 ans. Pas de fausse couche.

Examen : Rétroversion fixée avec annexes gauches dans le Douglas. Polype extériorisé du col. Sensibilité de la région Mac Burney.

Intervention : 5 novembre 1931, Dr Gallais. Laparotomie. Ablation d'un appendice malade. Myomectomie pour petit noyau du fond utérin. Ligamentopexie (Dolérus), pas de drain. Pas d'épiplooplastie.

Suites : Des plus simples. Courbe :



OBSERVATION 120. — Mme Big... Florestine, 38 ans.

Douleur à l'hypocondre depuis longtemps. Irradiations lombaires et fémorales. Règles très douloureuses. Pertes blanches abondantes. Un enfant, pas de fausse couche.

Examen : Utérus en rétroversion. Kyste de l'ovaire gauche.

Intervention : 3 mars 1928. Laparotomie. Petit kyste de l'ovaire gauche. Fibrome de la corne utérine gauche. Ablation du kyste de l'ovaire. Myomectomie et ligamentopexie.

Suites : Simples.

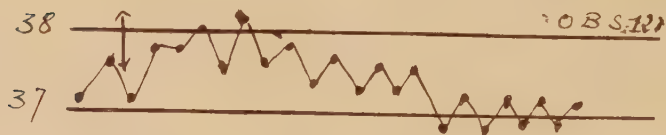
Sortie bon état le 16^e jour.

OBSERVATION 121. — Mme Bou... Jeanne, 32 ans.

Douleurs pelviennes droites. Règles normales. Dysurie. Utérus un peu gros. Rétroversion.

Intervention : 15 avril 1928, D^r Leuret. Laparotomie. Petit fibrome postérieur sous-séreux volume d'un œuf de poule. Myomectomie. Appendicectomie et ligamentopexie.

Suites : Banales.



OBSERVATION 122. — Mme Bre... Berthe, 45 ans.

Gros utérus basculé en arrière.

Intervention : 6 juillet 1926, D^r Leuret. Laparotomie. Fibrome postérieur du volume d'une grosse noix. Myomectomie et ligamentopexie. Fermeture sans drainage.

Suites : Normales.

Sortie bon état, le 16^e jour.

OBSERVATION 123. — Mme Cam..., 32 ans.

Vue en crise douloureuse abdominale.

Intervention : 21 février 1921, D^r Leuret. Laparotomie : Fibrome du volume d'un œuf de pigeon sur la corne droite. Myomectomie, appendicectomie, ligamentopexie (Dartigues). Fermeture sans drainage.

Suites : Pneumopathie au 5^e jour avec clocher thermique (embolie?). Tout s'arrange en une dizaine de jours, la T° redevient normale.

Sortie en bon état au bout de 1 mois.

OBSERVATION 124. — Mme Dro... Marie, 42 ans.

Douleurs pelviennes avant les règles depuis un an. Une grossesse en 1909. En 1920, opérée à Saint-Antoine pour salpingite.

Intervention : 15 mai 1929. Laparotomie médiane. Utérus basculé dans le Douglas. Libération d'adhérences sigmoïdiennes. Myo-

mectomie pour petit fibrome sous-péritonéal volume d'une mandarine. Appendicectomie, ligamentopexie. Fermeture sans drainage.

Suites : Simples.

Actuellement : Pas d'amélioration. Continue à souffrir pendant les règles.

OBSERVATION 125. — Mme Du..., 39 ans.

Opérée pour fibrome.

Intervention : 17 juin 1914, Dr Leuret. Laparotomie. Myomectomie pour fibrome volume d'un œuf de pigeon. Appendicectomie, ligamentopexie. Fermeture sans drainage.

Suites : Simples.

Actuellement : Bon état. Ménopause installée sans accident.

OBSERVATION 126. — Mme Lai..., 49 ans.

Douleurs pelviennes. Règles très abondantes, douloureuses, dix jours, avec caillots.

Examen : Col repoussé sous la symphyse. Masse comblant le petit bassin, régulière, de consistance inégale. Diagnostic porté : kyste dermoïde.

Intervention : 6 mai 1926, Dr Leuret. Laparotomie médiane. Fibrome développé dans le ligament large. Myomectomie. Ligamentopexie. Fermeture sans drain ni mèches.

Suites : Normales et simples.

Actuellement : Malade en bon état. Ménopause en train de s'installer sans incident.

OBSERVATION 127. — Mme Lef... Charlotte, 48 ans.

Douleurs abdominales survenant par crises avec vomissements. Règles irrégulières.

Examen : Douleur dans la fosse iliaque droite. Utérus rétroversé.

Intervention : 9 décembre 1927. Laparotomie médiane. Appendicectomie simple. Enucléation d'un petit fibrome de la corne utérine droite. Ligamentopexie. Fermeture sans drainage.

Suites : Normales. Sortie le 16^e jour.

Actuellement : Bon état, ne se plaint de rien. Ménopause depuis un an.

OBSERVATION 128. — Mme Len... Annette, 46 ans.

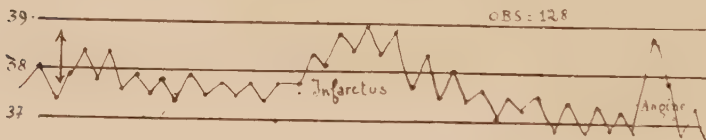
Douleurs hypogastriques depuis un an. A eu petite métrorragie d'un mois et depuis règles normales. Deux enfants. Pas de fausse couche.

Examen : Région sus-crurale droite douloureuse. TV : Gros col métritique sous la symphyse. Corps en rétroversion, volume d'un gros poing, douloureux, peu mobile.

Intervention : 6 février 1931, D^r Goidin. Laparotomie médiane. Petit fibrome interstitiel de la corne utérine droite. Myomectomie. Deux points profonds. Ligamentopexie. Fermeture sans drainage.

Suites : Le 8^e jour, infarctus avec réaction liquidienne. Le 21^e jour, nouvelle ascension de T° avec angine rouge.

Sortie le 28^e jour, bon état. Courbe :



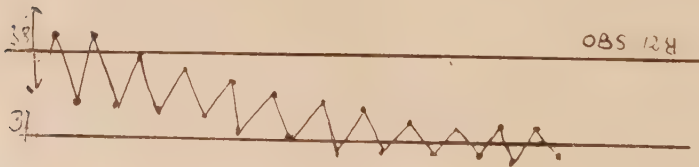
OBSERVATION 129. — Mme Mar... Jeanne, 50 ans.

Quatre crises aiguës douloureuses abdominales avec vomissements et température. Ménopause il y a deux ans.

Examen : Douleur abdominale mal localisée. TV : Col non modifié. Corps augmenté de volume, grosseur de deux poings.

Intervention : 4 juin 1931, D^r Gallais. Laparotomie médiane. Utérus dans le Douglas, un peu gros, deux noyaux fibromateux au niveau du fond, volume d'une noix verte. Double myomectomie. Appendicectomie. Ligamentopexie. Fermeture sans drainage.

Suites : Banales. Courbe :



OBSERVATION 130. — Mme Mer... Marie, 44 ans.

Prolapsus utérin, col à la vulve, avec cystocèle et rectocèle. Col gros, corps rétroversé, un peu gros. Rien aux annexes.

Intervention : 29 décembre 1930, D^r Tacquet. Laparotomie médiane. Utérus basculé dans le Douglas avec petit noyau fibreux, volume d'une prune, de la face antérieure. Myomectomie. Trois points profonds. Ligamentopexie haute. Et hystéropexie isthmique.

Suites : Apyrétiques et banales.



OBSERVATION 131. — Mme Rom... Bernardine, 35 ans.

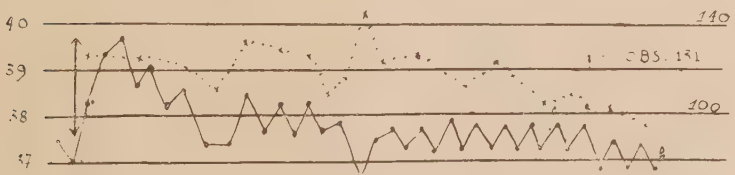
Ménorragies depuis un an. Règles toutes les trois semaines, douloureuses, durée 15 jours. Pas d'enfant, deux fausses couches. Constipation. A été soignée pour métrite.

Examen : Utérus en rétroversion, fibrome du fond, du volume de deux poings. Mobilisation impossible. Les culs-de-sac ne sont pas douloureux.

Intervention : 27 décembre 1930, D^r Theillier. Laparotomie. Double myomectomie sans épiplooplastie. Fibrome de volume d'orange. Ablation d'un hydrosalpinx droit, ligamentopexie, un drain dans le Douglas.

Suites : Complicées. 1^{er} jour : malade choquée, pouls rapide, T° 39°4. Les jours suivants, tendance à l'amélioration. Le 5^e jour : T° 38°5, pouls 130, ballonnement abdominal, pas de gaz. Le 8^e jour : ablation du drain; malgré la glace, pas d'amélioration. Quelques gaz. Le 9^e jour : T° 36°8, pouls 150, mauvais état général, ventre ballonné à l'extrême, nez pincé, yeux excavés. Thérapeutique héroïque. Diète absolue, goutte-à-goutte rectal. 1 milligr. de digitaline intra-musculaire, sérum hypertonique I. V. — Le 12^e jour, amélioration manifeste.

Le 26^e jour : sortie, après un petit incident de paroi. Courbe :



MYOMECTOMIE SUR UTERUS GRAVIDE

OBSERVATION 132. — Mme Cor... Hélène, 36 ans.

Depuis deux mois, arrêt des règles, mais antérieurement bien réglée. Mariée sans enfant, pas de fausse couche. Il y a 15 jours, douleur aiguë abdominale droite sans cause apparente, depuis augmentation de volume de l'hypogastre droit.

Examen : Tumeur arrondie dans la fosse iliaque droite; faisant corps avec l'utérus; de la grosseur d'une orange. TV : Col et isthme mou (gravidité de deux mois). Corps fibromateux : un noyau à gauche, sus-isthmique, et un fibrome à droite, probablement « en voie de torsion ».

Intervention : 1^{er} juin 1931, Dr Leuret. Laparotomie médiane. Utérus du volume de deux poings, gravide, fibrome postérieur interstitiel isthmique du volume d'une noix. Petit fibrome de la corne droite et fibrome pédiculé à droite du volume du poing que l'on enlève. Myomectomie avec péritonisation. Fermeture sans drainage.

Suites : Morphine. Difficulté à rendre les gaz les trois premiers jours, avec pouls rapide et T° à 38°. Emission de gaz.

Sortie : Bon état, le 17^e jour. La grossesse continue à évoluer sans incident. Revu la malade, parfait état, à 15 jours du terme.

OBSERVATION 133. — Mme Des..., 26 ans.

Malade enceinte de sept mois. S'est aperçue depuis longtemps de la présence d'une boule dans le canal inguinal, disparaissant par moment. Le 2 avril, la boule devient brusquement douloureuse, et arrêt complet des matières et des gaz. Sur le diagnostic de hernie étranglée, opération d'urgence.

Intervention : 2 avril 1914, Dr Leuret. Canal libre, incision du transverse. Ouverture de la cavité péritonéale. Petit fibrome tordu du volume d'un œuf de pigeon. Myomectomie, mais grosse hémorragie, difficile à arrêter.

Suites : Pantopon pendant 3 jours. Le 8^e jour : ventre très ballonné, mais le pouls reste bon. Le 10 avril : réintervention. Anus contre nature sur l'S iliaque très distendu. Les jours suivants, l'anus fonctionne, l'état général s'améliore. Le 14 : le travail commence.

Accouchement dans la journée d'une fille vivante qui meurt au bout de quelques heures. Le lendemain, la malade meurt dans le collapsus.

OBSERVATION 134. — Mme Jac... Lucile, 37 ans.

Pas de règles depuis trois mois. Douleurs abdominales dans le bas-ventre. A remarqué l'existence d'une petite tumeur dans la fosse iliaque gauche. Deux enfants, une fausse couche.

Examen : Dans le cul-de-sac gauche, masse du volume d'une orange, indépendante de l'utérus et assez bien mobile.

Intervention : 12 février 1920. Laparotomie. Grossesse normale avec gros fibrome implanté sur le fond de l'utérus. Myomectomie. Suture intra-dermique. Fermeture sans drainage.

Suites : Normales. Sortie le 17^e jour en très bon état. La malade a accouché sans incident.

OBSERVATION 135. — Mme Moh..., 35 ans.

Gros fibrome, femme enceinte de trois mois.

Intervention : Novembre 1911. Ablation d'un fibrome de trois kilos largement pédiculé. Ablation de quelques petits fibromes sous la séreuse.

Suites : Banales. La grossesse continue à évoluer et la malade part très bien portante, désolée que sa grossesse continue. Rentrée chez elle, elle se fait avorter et présente des accidents très graves dont elle sort heureusement.

OBSERVATION 136. — Mme Sou... Angèle, 38 ans.

Douleurs abdominales par crises avec vomissements. Arrêt des règles depuis trois mois.

Examen : Utérus gravide dont le fond remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Masse latéro-utérine droite du volume d'un poing.

Intervention : 12 mars 1928, D^r Leuret. Laparotomie médiane. Utérus ovoïde ramolli. Grossesse certaine de deux mois environ. Corps repoussé en avant par un volumineux fibrome postérieur, développé aux dépens de l'isthme. Myomectomie.

Suites : Normales. Opium, morphine. Sortie le 15^e jour. Accouchement prématuré à 7 mois. Depuis : règles durent 4 à 5 jours, d'abondance normale.

Actuellement : Grossesse de 7 mois, sans incidents.

CONCLUSIONS

En résumé, les avantages de la myomectomie sont incontestables : elle respecte l'équilibre du métabolisme, la synergie utéro-ovarienne; elle évite à la femme les troubles de la ménopause chirurgicale précoce; elle lui permet d'avoir des enfants et de conserver toute sa valeur physique, intellectuelle et morale.

Sans doute, elle présente des inconvénients; mais ceux-ci sont minimes en regard de ses avantages. Le plus grand reproche que l'on puisse faire à la myomectomie est de ne pas mettre à l'abri des récidives. Toutefois, celles-ci sont rares : 5 % en moyenne, et surviennent presque toujours chez des femmes près de la ménopause. De plus, elles ne nécessitent pas fatalement une nouvelle intervention et sont parfois justiciables de la radiothérapie ou de la radiumthérapie.

Devant des risques aussi minimes et improbables, il ne nous paraît pas douteux qu'une femme jeune, doive recourir à la myomectomie.

C'est une intervention simple et de réalisation presque toujours possible : la trop grande multiplicité des noyaux peut, à la rigueur, l'empêcher. Le volume de la tumeur n'importe pas, en général, sauf s'il est vraiment énorme.

Les myomectomies vaginales s'adressent aux polypes du col et de l'isthme et aux fibromes qui bombent dans le Douglas, à la condition qu'il soit unique, que l'utérus

soit bien mobile et que la femme ait un vagin facile à distendre.

Les myomectomies abdominales sont indiquées dans tous les cas où il existe un ou plusieurs noyaux fibromateux dont le volume ou le nombre ne soit pas trop considérable.

L'épiplooplastie, par greffe épiploïque libre, et la ligamentopexie sont autant d'adjuvants précieux qu'on fera bien de ne pas négliger.

Le drainage abdominal trouvera ici sa large place et devra être pratiqué toutes les fois qu'il existera un léger suintement sanglant ou lorsqu'on aura lieu de craindre une infection venue du dehors par la cavité utérine ouverte au cours de l'intervention.

Le danger d'hémorragie existe, mais il ne faut pas en exagérer l'importance, si l'on se plie aux précautions élémentaires : incision utérine juste médiane et sagittale ou latérale et transversale ou fundique et transversale. En principe, l'hémostase est souvent possible ; si elle est insuffisante et incomplète, éventualité très rare, le danger est facile à éviter en substituant à la myomectomie une hystérectomie.

On ne considérera pas l'ouverture de la cavité utérine comme un accident regrettable. Cette ouverture n'a jamais entraîné de complications : nous en profitons même pour débarrasser la muqueuse des polypes qui y sont implantés en pratiquant un curettage rétrograde ; drainage et épiplooplastie sont ici d'un précieux secours.

Les contre-indications de la méthode sont dictées par l'âge de la malade, l'état des annexes qui doivent être saines, la consistance de la tumeur : pas de myomecto-

mie sur un fibrome mou ni sur celui qu'il faut sculpter dans le muscle utérin. Dans ces cas, il n'y a aucune hésitation à avoir, il faut préférer l'hystérectomie.

De tout ce qui précède, nous concluons que la myomectomie est une excellente opération. A notre sens, moins dangereuse que l'hystérectomie subtotale, on ne peut pas, à coup sûr, lui reprocher de l'être davantage.

Si elle trouve son application d'élection chez les femmes qui appartiennent à un milieu social relativement aisé, nous pensons qu'on doit la pratiquer chez toutes les femmes de moins de 40 ans, sans distinction de classe, à la condition, bien entendu, qu'elles rentrent dans le cadre de ses attributions. Elle donne toujours les résultats qu'on attend d'elle, lorsqu'on sait ne pas étendre ses indications au delà de leurs justes limites.

Son exécution est simple, si l'on veut bien appliquer la technique que nous conseillons, pour l'avoir longuement expérimentée et prendre les quelques précautions de détail que nous croyons avoir suffisamment indiquées pour qu'à l'avenir la myomectomie n'apparaisse plus comme une intervention d'exception à laquelle les chirurgiens n'osent ni se décider, ni se livrer.

Vu :

Le Doyen,

BALTHAZARD:

Vu :

Le Président de Thèse,

J. L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD Paul. — Des suites éloignées de la myomectomie abdominale (*Thèse de Lyon*, 1922).
- ALBAN DORAN. — Myomectomie pendant la grossesse. Accouchement à terme. (*Soc. d'Obst. de Londres*, Nov. 1906).
- ALBERTIN. — *Journal de Chirurgie*, 1911.
- ALEXANDER. — *Semaine Médicale* : Troisième Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique (Amsterdam, 1899).
- BALDY. — *Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique*, Amsterdam, 1899.
- BAR. — Fibrome et grossesse (*Journal des Practiciens*, n° 7, 1912).
- BARLET. — Sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse (*Thèse de Bordeaux*, 1910).
- BAZY. — Note sur une indication de la myomectomie dans le fibrome utérin (*Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n° 24, 14 juillet 1928, p. 1001. — Discussion Dujarier).
- BEGOUIN. — Fibrome utérin et myomectomie (*Société de Médecine de Bordeaux*, n° 30, 20 nov. 1929, p. 891).
- BENOIT GONIN. — Contribution à l'étude de la grossesse après myomectomie (*Thèse de Lyon*, 1913).
- BENQUET. — La myomectomie dans le traitement des fibromes utérins (*Thèse de Toulouse*, 1930).
- BÉRAND. — Avenir obstétrical des myomectomies au cours de la grossesse (*Thèse de Paris*, 1923).
- BERMANN. — Etude sur la myomectomie (*Thèse de Paris*, 1926).
- BLANCHARD. — Torsion des fibromes sous-séreux pendant la grossesse (*Thèse de Paris*, 1907).
- BONIER Maurice. — De la myomectomie abdominale dans le traitement des fibromes utérins (*Thèse de Lyon*, 1904).

- BOURSIER. — Fibrome et grossesse (*Revue mensuelle de Gynécologie de Nantes*, 1901).
- BRINDEAU. — La myomectomie dans ses rapports avec la grossesse (*Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française*, Bruxelles, 3, 4, 5 oct. 1929).
- BROOKE BLAND (Philadelphie). — Myomes utérins et grossesse avec étude spéciale de la nécrose des tumeurs (*Surgery gynecology and obstetric*, vol. XL, n° 3, 1925).
- CHIFOLIAU. — Le risque opératoire dans la chirurgie des fibromyomes de l'utérus (*Progrès médical*, 15 octobre 1924).
- CHIFOLIAU. — A propos de la myomectomie (*Société Nationale de Chirurgie*, 22 février 1928).
- COTTE. — Myomectomie au cours de la grossesse (*Société de Chir. de Lyon*, 25 janvier 1922).
- COTTE ET CREYSSET. — Contribution à l'étude du traitement des fibromes au cours de la grossesse (*Archives franco-belges de Chirurgie*, 1924).
- COUVELAIRE. — Myomectomie pendant la grossesse (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1910).
- DARAY. — Indication de la myomectomie (*Discussion*).
- DARTIGUES. — Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes (*Thèse* 1901).
- DARTIGUES. — Technique opératoire de la fibro-myomectomie transvaginale conservatrice par colpotomie antér. (*Gazette des Hôpitaux*, 1913, n° 99).
- DAYOT ET HARDOUIN (de Rennes). — Enclavement dans le bassin d'un utérus gravide et fibromateux. Myomectomie. Guérison. Accouchement à terme (*Société d'Obst. et de Gynécologie*, 13 mai 1927).
- DEFOULLOY. — Contribution à l'étude de la myomectomie abdominale dans les fibromes gravidiques (*Thèse de Paris*, 1925).
- DELAGENIÈRE. — De la grossesse comme complication des fibromes de l'utérus (*Archives provinciales de chirurgie*, 1895 et 1900).
- DELAGENIÈRE. — Indications opératoires des fibromes de l'utérus compliqués de grossesse (*Congrès de Nantes*, 1901).

- DEVRAIGNE. — Myomectomie sur un utérus gravide de trois mois, évolution normale de la gestation (*Société des Chirurgiens de Paris*, N° 2, mars-avril 1928).
- DEVRAIGNE ET RAVINA. — Myomectomie et gestation. — Discussion Couvelaire et J.-L. Faure (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 13 février 1922).
- DIDIER Robert. — Peut-on étendre les indications de la myomectomie dans le traitement des fibromes utérins (*Gazette des Hôpitaux*, 1922, p. 965).
- DRIVET Camille. — De la myomectomie abdominale. Ses complications. Moyens d'y remédier (*Thèse de Lyon*, 1906).
- DUCHAMP (de Saint-Etienne). — Myomectomie sur un utérus gravide (*Revue de Chirurgie*, 1912, p. 779).
- DUJARIER. — A propos des myomectomies (*Société de Chirurgie*, 25 avril 1928).
- DUJARIER. — Myomectomie chez une femme de 32 ans (*Société de Chirurgie*, 8 février 1928).
- EPARVIER. — Trois cas d'accouchement après myomectomie (*Bull. Soc. de Gynécol. et d'Obst.*, 1922, p. 686).
- FAURE J.-L. — Indications opératoires des fibromes utérins (*Presse Médicale*, 1904, N° 13).
- FAURE J.-L. et SIREDEY. — Traité de Gynécologie.
- FLESCH. — Myomectomie (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1925, p. 1632).
- FONTAINE. — De la myomectomie pendant la grossesse.
- FRANZ (de Kiel). — Traitement chirurgical des myomes utérins (*Société de Chirurgie*, 1910, février, p. 476).
- GILIS A.-E. (de Londres). — Indications et résultat de la myomectomie pour fibromes utérins (*The Lancet*, 27 janvier 1923, p. 178-181).
- GOINARD. — Deux cas de myomectomie vaginale (*Société d'Obst. et de Gynéc. d'Alger*, 13 déc. 1927).
- GOULLILOUD. — 1° Des indications actuelles de la myomectomie (*Presse Médicale*, 1922, N° 16).
- Myomectomie et radium dans le traitement des fibromes (*Lyon Chirurgical*, juill.-août 1922).

- Fibromes distants et fibromes adhérents d'origine utérine (*Revue de Gyn. et de Chir. abdomin.*, Paris, 1919).
 - Grossesse après myomectomie (*Lyon Médical*, N° 11, 15 mars 1914).
 - Myomectomie suivie de grossesse et d'opération césarienne (*Société de Chirurgie de Lyon*, 27 janvier 1924).
 - Indication de la myomectomie, de l'hystérectomie et de la curiethérapie dans le traitement des fibromes utérins (*Revue française de Gyn. et d'Obstétrique*, N° 23, 10 déc. 1924).
 - Quinze cas de grossesse après myomectomie abdominale (*Obst. et Gynécologie*, tome IX, n° 3, 1924, p. 286-291).
 - Dix-huit cas de grossesse après myomectomie abdominale (*Société Nationale de Chirurgie*, 9 mars 1928).
 - Suggestion à propos de la myomectomie (*Société Nationale de Chirurgie*, 16 mai 1928).
- GUENIOT. — Thérapeutique gynécologique.
- GUELPA. — Fibromes utérins ou hypertrophie de la prostate et activité sexuelle (*Presse médicale*, 1922, p. 504, n° 46).
- HALLER. — Myomectomie sur utérus gravide (*Société des Chirurgiens de Paris*, 2 mai 1924).
- HARTMANN. — Myomectomie au cours de la grossesse (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, mai 1923).
- HRUSZEK. — Indications et résultats de la myomectomie pendant la gestation (*Thèse de Paris*, 1929).
- JABOULAY. — Enucléation des fibromes par voie abdominale (*Médecine moderne*, 1893, N° 92).
- JAMIN Jean. — Fibromes utérins et puerpéralité (*Thèse de Paris*, 1907).
- JAYLE. — Etude statistique de 500 cas (*Revue de Gynécologie*, novembre 1907).
- KELLER (de Strasbourg). — Les dangers de la myomectomie (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, T. XXIV, N° 6, juin 1929).
- KELLER. — La myomectomie, ses suites opératoires (*Société d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg*, séance du 6 juillet 1929).

- LABEY Georges. — Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins (XXXIII^e Congrès de Chirurgie, Paris, 1924).
- LABEY G. — A propos de la myomectomie (*Société Nationale*, 28 mars 1928. — Discussion J.-L. Faure, Bazy, Tuffier, Mocquot).
- LABEAUME. — Myomectomie et grossesse (*Union médicale des Praticiens français*, nov. 1929, p. 457).
- LA CHAROT (de Bâle). — Le traitement des fibromes utérins d'après une expérience de 1.000 interventions (*Journ. de Chirurgie*, sept. 1930, p. 533).
- LANCE. — Les complications dans les fibromes avec grossesse. Cas de myomectomie (*Paris Chirurgical*, 1919, p. 857).
- LECÈNE ET LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale.
- LEFEBVRE. — Avenir des femmes ayant subi la myomectomie abdominale (*Thèse de Paris*, 1922).
- LE FORT. — Myomectomie. Développement ultérieur des fibromes à allure grave (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, T. XIII, N° 2).
- LEGRAND (d'Alexandrie). — Enucléation d'un fibrome sur un utérus gravide (*Soc. de Chirurg.*, Paris, 15 nov. 1911).
- LE LORIER et DUCHÊNE. — Accidents d'occlusion intestinale à trois mois et demi de gestation par fibrome utérin. Myomectomie (*Bull. de la Soc. d'obst. et de gynéc.*, 1922, N° 2).
- LEROUX. — Nécrobiose des fibromes pendant la grossesse (*Thèse de Paris*, 1923).
- MAYO W. — Remarques sur la myomectomie abdominale (*Surgery gyn. and obst.*, février 1911, tome XII).
- MERIEL. — VI^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française, Bruxelles, octobre 1929).
- MICHON et COMTE. — Myome de l'utérus. Myomectomie. Guérison (*Lyon Médical*, 1925, T. II, p. 11).
- MIRCOUCHE Irène. — A propos de la myomectomie pendant la grossesse (*Thèse de Paris*, 1925).
- MONTPROFIT. — Sur la myomectomie abdominale (*Revue de Gynéc. et de chirurgie abdominale*, 1905, p. 517).

- MOULONGUET-DOLERIS. — La glande à sécrétion interne de l'ovaire humain (*Thèse de Paris*, 1923).
- MOURE. — Fibrome et grossesse (*Société d'Obstétrique et de Gynéc.*, mai 1923).
- PACAUD. — Des récidives après myomectomie abdominale (*Thèse de Lyon*, 1925).
- PAPIN et MAHON. — Myomectomies multiples pour fibromes utérins sphacelés au cours de la grossesse (*Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux*, 30 avril 1929).
- PATEL. — Myomectomie abdominale (*Société de Chirurgie de Lyon*, 23 février 1913).
- PINARD. — Des fibromyomes de l'utérus et en particulier des causes qui favorisent leur éclosion ou leur développement (*Annales de gyn. et d'obst.*, janvier 1904).
- POZZI. — 1° Traité de gynécologie et d'obstétrique, p. 351, 1897.
— 2° Myomectomie abdominale (*Presse médicale*, 30 déc. 1908).
— 3° De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des corps fibreux de l'utérus (*Thèse d'agrégation*, Paris, 1875).
- PROUST et CHARRIER. — Précis de technique opératoire.
- SCHICKELE. — Récidives après myomectomie (*Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1924, N° 1).
- SCHOPP P. (Heidelberg). — De l'énucléation des myomes (*Journal de chirurgie*, 1913, N° 1, p. 271).
- STRATZ. — Myomectomie pendant la grossesse (*Annales de gyn. et d'obstétr.*, 1906).
- TAYLOR. — Case of myomectomy during pregnancy (*Americ. Journal of Obstétric.*, 1910, p. 656).
- TEMOIN. — Ablation des fibromes par voie abdominale (*Archives provinciales de chirurgie*, 1896).
- TIXIER. — Indication du traitement chirurgical dans les fibromes utérins (33^e Congrès de Chirurgie, Paris, oct. 1924).
- TROPEA (Milan). — Sur le traitement des fibromyomes de l'utérus et plus particulièrement sur le traitement chirurgical conservateur (*Annales d'obst. et de gyn.*, 30 avril 1929).

- TUFFIER. — De l'énucléation des fibromes utérins (*Monographie clinique, œuvre médico-chirurgicale*, 1904, N° 38).
- Plusieurs cas de myomectomies (*Société de Chirurgie*, 28 octobre 1903).
- TUFFIER et GUINARD. — Discussion sur la myomectomie (*Société de chirurgie*, 18 nov. 1903).
- VILLANDRE. — Fibrome utérin intra-ligamentaire gauche du volume d'une tête de fœtus et d'un kyste para-ovarien droit du volume d'une mandarine chez une femme enceinte de trois mois (*Société des Chirurgiens de Paris*, 1922).
- VILLARD. — Un cas de récidence (*Société de Chirurgie de Lyon*, 3 décembre 1903).
- WEISS (de Nancy). — Myomectomie abdominale (*Société de Médecine de Nancy*, 1912).
- YOUNG. — A case of myomectomy during pregnancy (*Americ. Journ. of Obst.*, 1912).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
PREMIERE PARTIE	
<i>Historique.</i>	17
<i>Indications d'ordre général.</i>	23
DEUXIEME PARTIE	
CHAPITRE PREMIER. — Myomectomies vaginales.....	35
1° <i>Polypectomies vaginales</i>	39
Définition	39
Indications	40
Technique :	
Polypectomies simples par torsion sans morcellement	40
Polypectomies par morcellement	42
Suites opératoires	44
Complications	44
Contre-indications	45
2° <i>Myomectomies vaginales par colpotomie postérieure.</i> ..	46
Définition	46
Indications	46
Technique :	
Le fibrome n'occupe pas tout le Douglas.....	48
Le fibrome occupe tout le Douglas.....	50
Le fibrome est contenu dans la cloison recto-vaginale	31
Suites opératoires	51
Complications	51

3° <i>Myomectomies transvaginales avec ou sans colpotomie</i>	
<i>pour fibromes du col et du segment inférieur.....</i>	52
Définition	52
Indications	53
Technique :	
Fibrome du col	54
Fibrome latéral dans la base du ligament large	54
Fibrome antérieur sur l'isthme empiétant	
même sur le corps	55
Fibrome isthmique sous-péritonéal	56
Fibrome isthmique et corporéal	56
Fibrome du fond	56
Suites opératoires	57
Complications	58
4° <i>Contre-indications des myomectomies vaginales.....</i>	59
CHAPITRE II. — <i>Myomectomies abdominales.....</i>	61
1° <i>Généralités</i>	61
Définition	61
Généralités sur la technique opératoire de nos	
laparotomies	61
Préparation des malades	61
Anesthésie	62
Instruments	62
Position de l'opérée	63
L'opération	63
Technique proprement dite et ouverture de la paroi	63
2° <i>Polypectomies abdominales</i>	65
Définition	65
Indications	65
Technique opératoire	65
Fermeture de la paroi abdominale.....	66
Suites opératoires	69
Complications	69
3° <i>Myomectomies par énucléation abdominale.....</i>	70
Définition	70
Indications	70
Technique opératoire	71
Suites opératoires	79
Complications	79
Contre-indications	83

CHAPITRE III. — Myomectomies au cours de la grossesse..	85
Définition	85
Indications	85
Myomectomies pendant la grossesse.....	87
Myomectomies pendant le travail.....	88

TROISIEME PARTIE

SUITES OPÉRATOIRES DES MYOMECTOMIES.....	91
<i>Mortalité</i>	91
<i>Suites immédiates</i>	92
<i>Suites tardives</i> :	
Inconvénients de la myomectomie.....	95
Avantages de la myomectomie.....	97

QUATRIEME PARTIE

OBSERVATIONS

I. — <i>Myomectomies vaginales</i>	101
1° Polypectomies vaginales (Obs. 1 à 14).....	101
2° Myomectomies vaginales avec colpotomie postérieure (Obs. 15 à 21).....	104
3° Myomectomies transvaginales avec ou sans colpotomie (Obs. 22 à 30)	106
II. — <i>Myomectomies abdominales</i>	109
1° Myomectomies pour fibromes pédiculés (Obs. 31 à 46)..	109
2° Myomectomies pour fibromes interstitiels sans drai- nage et sans épiplooplastie (Obs. 47 à 84).....	114
3° Myomectomies avec ouverture de la cavité utérine (Obs. 85 à 93)	126
4° Myomectomies drainées pour fibromes interstitiels sans ouverture de la cavité interne, sans épiplooplastie, sans ligamentopexie (Obs. 94 à 103).....	130
5° Myomectomies avec épiplooplastie (Obs. 104 à 116)..	135
6° Myomectomies avec ligamentopexie (Obs. 117 à 131)..	140
III. — <i>Myomectomies sur utérus gravide</i> (Obs. 132 à 136)	146
CONCLUSIONS	149
BIBLIOGRAPHIE	153

